Allmänhetens bruk av alhohol och psykofarmaka i empirisk belysning

ECKART KÜHLHORN & HÅKAN LEIFMAN
Sociologiska institutionen, Stockholms universitet

Teoretiska utgångspunkter

I inledningen till "Den Goda Fienden", av Nils Cristie och Kettil Bruun, berömmer Olof Lagercrantz författarna för att de återställer narkotikaproblemets proportioner till en rimligare nivå, bl a genom att peka på "läkemedelsexplosionen som ett problem av helt annan storleksordning och angelägnare art" (1985, s 9). Inte minst under de senaste åren har bruket av psykofarmaka bland allmänheten tilldragit sig stor uppmärksamhet såväl bland politiker som forskare och journalister.

Empiriska analyser av svenska icke-kliniska material är sällsynta. Särskilt sådana som anknyter till internationella teorier och uppfattningar. Vår artikel baserar sig på en analys av svaren på de frågor i ett representativt surveymaterial från 1988 som gäller bruk av sömnmedel, lugnande medel och alkohol (och givetvis relevanta bakgrundsdata). Vi vill se efter om konsumtionen av psykofarmaka kan tolkas som ett legitimt läkemedelsbruk, som missbruk i berusningssyfte eller om medlen huvudsakligen används för att bemästra andra problem och behov än rent hälsomässiga.

Sömnmedel och (nerv)lugnande medel är läkemedel och räknas till gruppen psykofarmaka. Medan sömnmedel är lugnande medel för att tas till natten är lugnande medel avsedda för att användas dagtid. Men det finns ingen klart definierad gräns mellan de båda grupperna av medel. I denna artikel används hädanefter om vartannat benämningarna sömnmedel och/eller lugnande medel (förkortat SL) eller den gemensamma benämningen psykofarmaka. Flertalet psykofarmakapreparat hör till gruppen bensodiazepiner som i Finland, Norge och Sverige är klassificerad som narkotika. År 1990 svarade bensodiazepinerna för ca 80 % av all försäljning av sömnmedel och lugnande medel (Svensk läkemedelsstatistik, 1990).

Medan de officiella avsikterna med SL är medicinsk, dvs att tillhandahålla läkemedel mot sömnsvårigheter och psykiska kristillstånd säljs alkohol för konsumtions- och icke hälsoändamål. Det förefaller rimligt att anta att det bland konsumenter av SL finns en stor andel som söker läkarhjälp för sömnsvårigheter eller psykiska besvär och som brukar

medlen i enlighet med läkarnas föreskrivna ordination. Grundläggande är härvid att bruket av SL står i proportion till karaktären och svårighetsgraden av ohälsa. Vi kallar detta för den *hälsofunktionella* förklaringen till bruket av SL. Denne referensram har spelat en relativt liten roll i tidigare empiriska analyser, i teorikonstruktioner och i journalisternas fokusering på allmänhetens bruk av SL. Vissa författare tar emellertid upp hälsoaspekten som en viktig förklaring till bruk av SL (t ex Ashton, 1991; Cafferata, m fl 1983).

Det finns ett helt annat perspektiv som kan anläggas på bruket av psykofarmaka, nämligen uppfattningen att det används för att optimera en berusningseffekt och ofta då i kombination med andra droger och/eller alkohol. Många undersökningar av bl a kliniska alkoholister visar att de undersökta individerna har en hög psykofarmakaförbrukning, ofta för att komma tillrätta med efterrus och tillnyktring (t ex Kryspin-Exner and Demel, 1975; Lindelius, m fl, 1974; Busto m fl, 1983; Wiseman & Spencer-Peet, 1985; Blennow, m fl, 1992). I detta sammanhang anses också ett kombinerat bruk av narkotika (av typen amfetaminer, opiater) och SL vara relativt frekvent. Ett sådant bruk riktar uppmärksamheten först och främst till blandmissbrukare, vilka utgör en relativt liten andel av befolkningen. Det är bland sådana missbrukare som den illegala handeln med bensodiazepiner spelar en betydande roll. Vi kallar denna förklaring av psykofarmabruk för den *berusningsrationella.*

En tredje typ av förklaring likställer orsakerna bakom bruk av psykofarmaka och bruk av alkohol. Här utgår man från synsättet att psykofarmaka, på samma sätt som alkohol, tillfredsställer vissa psykologiska behov. Denna förklaring benämner vi *problemfunktionell,* eftersom den förutsätter förekomsten av ett icke direkt hälsorelaterat problem som kan lindras genom konsumtion av alkohol och/eller SL. Inom ramen för de problemfunktionella teorierna upptas faktumet att kvinnor uppvisar en större prevalens av psykofarmakabruk en viktig plats. Utgångspunkten är att användandet av alkohol är mindre vanligt bland kvinnor än bland män. Som substitut för alkohol använder kvinnorna psykofarmaka. Taylor (1987) påstår t o m att mönstret för bruk av psykofarmaka, om hänsyn tas till ålder och kön, är en spegelbild av alkoholbruksmönstret.

Vi vill inledningsvis peka på vissa frågetecken vi menar oss finna i det problemfunktionella synsättet om det baseras på en jämförelse mellan SL och alkohol. För det första är det inom missbrukspopulationer fråga om ett komplementärt bruk (t ex Damström-Thakker, 1990) och inte ett substitutionellt sådant, något som inte har uppmärksammats i de nämnda teorierna. För det andra är alkoholkonsumtionen normalt en kollektiv aktivitet, medan bruket av SL sker i det privata och individuellt. För det tredje är bruket av alkohol knutet till en allmän kulturell kon-

text, till fester, restaurangbesök och fritid och är omgärdat med förväntningar om positiva effekter, medan kontexten för SL är medicinsk. Bensodiazepiner ordineras individuellt, inte för att skapa ett välbefinnande i största allmänhet, utan som ett läkemedel för att i vissa krissituationer komma till rätta med sömnlöshet eller psykiska kristillstånd. För det fjärde saknas det empirisk evidens för att storkonsumtion av alkohol i någon större omfattning skulle vara förorsakad av sociala eller psykologiska problem (Vaillant, 1983). Vi har inte kunnat hitta en enda studie där den för psykofarmakabruk centrala variabeln sjuklighet kontrollerats och där det visats att kvinnor använder psykofarmaka för att lindra liknande problem som de männen försöker komma tillrätta med genom en ökad alkoholkonsumtion.

Den problemfunktionella förklaringen förekommer emellertid också utan att alkoholkonsumenter eller alkoholmissbrukare bildar referensgrupp. En av dessa förklaringar är Cooperstocks och Lennårds teser (1979) att samhället tillåter kvinnorna större frihet än männen att uttrycka sina känslor, att kvinnor oftare rapporterar emotionella och inte enbart fysiska problem till läkaren samt att kvinnor oftare än män söker medicinsk hjälp för emotionella problem. Central inom denna grupp av teorier är den s k sociala stress teorin. Den säger att psykofarmakabruket är ett försök att komma tillrätta med stressymptom som ångest, depression och familjeproblem (se t ex Cafferata, m fl, 1983; Cooperstock, 1979).

Den problemfunktionella förklaringen, som inte är relaterad till alkohol, tangerar, framför allt i Cooperstock och Lennards skepnad, den hälsofunktionella förklaringen. Utgår man från förhållandet att kriterierna för vissa sjukdomsdiagnoser utgörs av emotionella problem eller att vissa emotionella problem resulterar i sjuklighet, så kan bruket av psykofarmaka ses som ett sätt att komma tillrätta med ett hälsoproblem. Läggs tonvikten på sådana problem som rimligen inte kan lindras genom medicinering, förblir det emellertid en genuin problemfunktionell förklaring. De problemfunktionella skolorna är, minst sagt, vaga på den här punkten.

Det är därför intressant att närmare studera psykofarmakaförbrukningen i ljuset av individernas hälsoförhållanden och deras benägenhet att ta itu med sina eventuella hälsoproblem. Får vi i vår studie ett starkt samband mellan brukarna av SL och dålig hälsa överhuvudtaget, kontakt med sjukvårdsapparaten, sömnlöshet och andra mediciner mot sjukdomstillstånd utan att hitta liknande samband hos storförbrukarna av alkohol, så förefaller det rimligt att förkasta den variant av problemfunktionella förklaringar som menar att psykofarmaka bland kvinnor och bland äldre av båda könen fungerar som substitut för alkohol. I detta fall blir den hälsofunktionella förklaringen den mest relevanta.

Finner vi däremot i vårt material att sjuklighet och kontakter med sjukvården spelar en underordnad roll i förhållande till olika typer av problem, framför allt olika kontaktproblem i familj och "nätverk", så blir den problemfunktionella förklaringen mest relevant för tolkningen av våra resultat.

I motsats till dessa två perspektiv står ett kombinerat bruk av psykofarmaka och alkohol, något som bevisligen förekommer i missbrukspopulationer. Om bruket av SL i vårt material i regel visar sig vara kombinerat med ett omfattande alkoholbruk och om det framförallt sker utan kontakter med vetskap från sjukvårdsapparaten, är den berusningsrationella tesen relevant.

Materialet och dess begränsningar

Centralt för möjligheten att kunna pröva dessa tre arbetshypoteser är kvaliteten i det empiriska material som står till förfogande. Riktas uppmärksamheten till en normalpopulation blir missbrukare av alkohol/psykofarmaka underrepresenterade, bl a genom det bortfall och den underrapportering som allmänt förekommer i surveymaterial. Åtminstone den berusningsrationella förklaringen kommer då till korta.

Underrepresentationen av missbrukare i kartläggningar av normalbefolkningen behöver inte vara total, utan kan variera med studiernas ambitionsnivå och förmåga att fånga in olika beteenden. Exempelvis lyckades det i en norsk surveystudie, med ett mindre antal undersökta individer än i vårt material, att identifiera delgrupper som var lämpliga att penetrera utifrån våra tre nämnda arbetshypoteser. I den norska studien (en longitudinell undersökning av 1 320 13–18-åringar i Oslo-området genomförd med icke-anonyma skolenkäter), hittades 10 % som under en ettårig observationsperiod brukat SL, för det mesta bensodiazepiner. Andelen brukare i detta stickprov uppgick, under angivna tidsperiod vid en kombination av två efter varandra följande mättillfällen, till 16 %. Ungefär 80 % av brukarna uppgav att de hade tagit dessa medel i terapeutiskt syfte, 15 % uppgav berusningssyfte. Bland dem som hade använt medlen i berusningssyfte var det en klar majoritet som kommit över preparaten på ett illegalt sätt (fått genom kamrater, stulit av föräldrar eller införskaffat dem på den illegala marknaden; totalt 47 illegala brukare). Det viktigaste är emellertid att man bland såväl manliga som kvinnliga illegala brukare hittade en 2–4 gånger större alkoholkonsumtion än bland icke-brukare. Skillnaderna i alkoholförbrukning mellan de övriga bensodiazepinbrukarna och icke-brukarna var obefintlig eller ej signifikant (Pedersen & Lavik, 1991). Av den norska studien att döma kan man bland SL-brukarna i en surveyundersökning

vänta sig en hälsofunktionell huvudgrupp och en berusningsrationell undergrupp. Den problemfunktionella förklaringen har inte testats i det norska materialet.

Vårt datamaterial är hämtat från en av SCB's årliga undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF), i detta fall år 1988. Totalt har 5 612 respondenter besvarat frågorna (ca 1/1 000 av den vuxna svenska befolkningen). Liknande undersökningar har genomförts sedan 1974 men först 1988 ställdes frågor om alkohol. Data har samlats in via besöksintervjuer som varade i ca en timme. Frågor ställdes bl a om respondenternas hälsotillstånd, bruk av mediciner, konsumtion av alkohol, tobaksvanor samt arbetsförhållanden. Två frågor ställdes om bruk av psykofarmaka, den ena om bruk av sömnmedel och den andra om användning av (nerv)lugnande medel. De som uppgav bruk någon gång under de senaste 14 dagarna tillfrågades också om de brukade medlen regelbundet (se vidare Levnadsförhållanden, rapport nr 42, 1985).

Inom alkoholforskningsområdet finns en långvarig tradition att på olika sätt försöka mäta graden av validitet. Det vanligaste kriteriet är täckningsgraden, dvs kvoten (i procent) mellan den i undersökningen uppmätta medelkonsumtionen och den registrerade konsumtionen. I regel uppgår täckningsgraden till 40–60 % (Alanko, 1984; Pernanen, 1974). I det av oss använda materialet beräknades täckningsgraden vara 28 %, dvs lägre än i vad som anses vara goda alkoholundersökningar.

I frågor som rör läkemedel saknas vedertagna mått på validiteten. Vi hittade ett svagt, men icke signifikant, samband mellan den registrerade försäljningen av psykofarmaka på länsnivå och den aggregerade länsförbrukningen, beräknat utifrån ULF (Spearman's korrelation $r_s = 0.32$; # $p<.12$). Vi hittade inget signifikant samband mellan alkoholkonsumtion och förbrukning av SL, trots att ett sådant borde finnas, åtminstone för de kategorier som konsumerar mycket alkohol. Många undersökningar har, som nämnts ovan, visat att det bland problemdrickare och i alkoholmissbrukskretsar är vanligt med bruk och missbruk också av psykofarmaka, vilket även kan illustreras av data från Stockholm läns slutenvårdregister: av alla män med diagnosen missbruk av psykofarmaka 1990 hade 37 % under samma år även vårdats för alkoholberoende. Motsvarande siffror för kvinnor var 29 % (Romelsjö, personligt meddelande, 1991). I den nämnda Oslo-studien framkom både en legitim och en illegitim sida av SL-bruk. Bland illegala brukare av SL var bruket av alkohol mycket högre än bland icke-brukare vilket icke var fallet för legitima brukare (Pedersen & Lavik, 1991).

Storkonsumenterna av alkohol i ULF uppvisade således inte en större andel brukare av SL än övriga alkoholkonsumenter. Detta skall emellertid inte tolkas som att blandmissbruk inte förekommer bland personer med alkoholberoende/missbruk, utan som en validitetsbrist i vår da-

ta. Slutsatsen blir att om missbruksgrupper överhuvudtaget finns med i detta material så är de starkt underrepresenterade. Möjligheterna att i vårt material spåra en berusningsrationell minoritet är begränsade. Däremot är andelen nykterister i ULF ungefär av samma storlek samt uppvisar samma regionala mönster som i andra undersökningar (Kühlhorn & Björ, 1991). Vi anser därför att materialet är pålitligt i sin rapportering av legitimt bruk av läkemedel, normal och låg konsumtion av alkohol samt avhållsamhet från alkohol och SL.

Resultat

Kön och ålder

Ett tilltagande bruk av psykofarmaka, främst sömnmedel, har i många studier visats ske i samband med ökad ålder (t ex Ashton & Golding, 1989; Swartz, m fl, 1991, Blennow, m fl, 1992). I stort gäller det omvända förhållandet för alkohol. Enligt vår studie minskar alkoholintaget med ökad ålder, men effekten är tämligen svag. För psykofarmakabruket är åldern, av de faktorer vi undersökt, den starkaste prediktorn. Alkoholkonsumtionen visade sig i vårt material inte samspela med bruket av SL.

Skillnaden mellan män och kvinnor i andelen psykofarmakabrukare visade sig vara signifikant i vårt material men i jämförelse med alkohol var effekten dock liten. (Vid en uppdelning av SL i sömnmedel och lugnande medel visade sig könsskillnaden vara signifikant för enbart förstnämnda medel). Kvinnorna i ULF konsumerade under ett år i genomsnitt 0,70 liter 100 % alkohol jämfört med männens 2,72 liter. Männens konsumtion var således nära fyra gånger så hög. Könseffekten är alltså av större vikt då det gäller att förklara variationer i dryckesvanor än bruk av psykofarmaka medan det motsatta förhållandet föreligger för effekten av ålder. Psykofarmakabruk efter kön och ålder enligt ULF redovisas i Tabell 1.

Hälsa, psykofarmaka och alkohol

Tidigare forskning har påvisat ett klart samband mellan hög alkoholkonsumtion och olika former av ohälsa. Förhållandet är dock komplext. För det första är hög alkoholkonsumtion, oftast sådan som pågått under många år, orsak till många typer av hälsoproblem. Så är t ex fallet vad gäller levercirrhos. I en tvärsnittsstudie innebär detta att man endast kan förvänta sig svaga samband mellan alkoholkonsumtion och ohälsa. För det andra rapporteras i många studier ett J-format samband mellan konsumtionsmängd och ohälsa. Detta har främst uppmärksammats i

Tabell 1. Bruk av psykofarmaka (%) enligt kön och ålder, ULF 1980/81 och ULF 1988.

Kön och ålder	1980/81		1988		1980/81		1988	
	Sömnmedel		Sömnmedel		Lugnande medel		Lugnande medel	
	Bruk	Regelbundet bruk	Bruk	Regelbundet bruk	Bruk	Regelbundet bruk	Bruk	Regelbundet bruk
Kvinnor								
16-24	0,6	0,1	1,1	0,0	1,5	0,7	0,8	0,2
25-34	1,6	0,5	1,8	0,2	1,9	0,6	1,8	0,4
35-44	2,4	0,8	1,1	0,5	4,7	1,9	0,8	0,8
45-54	6,9	2,7	3,6	1,6	8,2	3,5	2,5	2,2
55-64	13,3	4,0	7,3	3,4	10,4	4,2	4,0	3,7
65-74	17,4	8,0	12,8	5,6	11,7	4,9	5,5	4,5
Män								
16-24	0,8	0,1	0,6	0,0	0,8	0,3	0,2	0,0
25-34	1,1	0,4	1,2	0,2	1,6	1,0	1,2	0,2
35-44	1,5	0,4	0,7	0,3	2,0	0,8	0,7	0,7
45-54	4,2	1,7	2,3	0,5	4,4	2,1	1,9	0,8
55-64	5,7	1,9	1,6	2,0	5,0	2,3	1,9	1,9
65-74	10,4	4,8	4,7	3,0	5,8	2,7	3,9	2,5

studier av alkoholens effekter på hjärtsjukdomar, där nykterister visar sig löpa en högre risk att utveckla hjärtinfarkt än måttlighetskonsumenter. Med stigande konsumtion ökar sedan återigen risken, för att vara som högst bland storkonsumenter och missbrukare (t ex Marmot, 1984; Rimm, m fl, 1991; Turner, m fl, 1981). Liknande J-formade samband har i tvärsnittsdata även framkommit för psykiatriska symptom (Andreasson, 1990; Leifman, m fl, 1993). Det har emellertid också visat sig att det förekommer en selektion till den nyktra sektorn av före detta alkoholister och andra personer med nedsatt hälsa (t ex Shaper, 1990). Vad gäller bruk av psykofarmaka spelar troligen också selektiva faktorer en betydande roll eftersom det är troligt att personer med olika typer av upplevda besvär använder SL. (I t ex alla nordiska länder är förskrivning av läkare nödvändig för att få tillgång till medlen). Vi kan därför, då vi använder oss av tvärsnittsdata, vänta oss ett relativt starkt samband mellan bruk av psykofarmaka och ohälsa.

I ULF's intervjuformulär ställdes flera frågor om respondenternas hälsotillstånd. Bl a fanns ett antal öppna frågor om långvarig sjukdom. Dessa var klassificerade i sammanlagt 19 olika sjukdomskategorier. De 19 kategorierna av långvarig sjukdom summerades till ett index (någon uppgiven sjukdom = 1; ej uppgiven sjukdom = 0). Detta index benämns total sjuklighet. Då mentala rubbningar visade sig vara av vikt för att förklara bruk av SL, i synnerhet lugnande medel, konstruerades också ett index över alla långvariga sjukdomar förutom mentala rubb-

ningar vilket vi kallar för somatisk sjuklighet. Till sist används variabeln mentala rubbningar för sig som mått på psykisk ohälsa.

I formuläret behandlades också olika trötthetssymptom: (1) om man ofta känt sig trött, (2) haft svårt att komma igång på morgnarna, (3) dagarna, (4) kvällarna och (5) haft besvär med sömnen, allt avseende de senaste två veckorna. Som ett tredje mått använder vi en fråga om respondenternas subjektiva upplevda hälsotillstånd (gott, dåligt, något däremellan).

De ovan nämnda hälsomåtten inkluderas, tillsammans med variablerna ålder och kön, i en logistisk regressionsanalys för att studera deras eventuella samvariation med de beroende variablerna (1) bruk av SL, (2) nykterhet, samt (3) storkonsumtion av alkohol. Modellen visade sig bättre predicera bruket av psykofarmaka än nykterhet (se Tabell 2, endast de signifikanta variablerna redovisas). Detta kan troligen förklaras av att det finns två grupper av nykterister, dels de som avstår från alkohol p g a hälsoproblem, dels de som har ideologiska skäl till avhållsamheten. Personer som använder lugnande medel uppger både sömnproblem och trötthet om kvällarna, medan sömnproblem är det enda kriteriet på trötthet som signifikant förutsäger användning av sömnmedel. Dessutom samvarierar mentala rubbningar med användning av lugnande medel men inte med sömnmedelsbruk.

Vi finner också att samtliga tre hälsomått (upplevt hälsotillstånd, långvariga sjukdomar uppdelat i somatiska och mentala, samt olika trötthetssymptom) är av vikt för att förklara användandet av psykofarmaka samt lugnande medel och sömnmedel var för sig. Inte något av kriterierna på trötthet är av betydelse för att förutsäga nykterhet.

I en analys av de 19 olika sjukdomskategorierna (redovisas ej) analyserade var för sig (efter kontroll för ålder och kön) framkom att samtliga kategorier utom tre var signifikanta prediktorer för bruk av SL och starkast effekt uppvisade sjukdomsgruppen mentala rubbningar. Största delen av de besvär som kodats under detta namn var mentala besvär av allmänt nervös art. Få fall av någorlunda väldefinierad psykisk sjukdom, t ex schizofreni, har uppgivits. I den analys som gjordes med en dikotomiserad alkoholvariabel (nykterist/ej nykterist) som beroende variabel framkom 10 av kategorierna av långvariga sjukdomar som signifikanta prediktorer för nykterhet. De olika sjukdomarna visade sig ha större prediktionskraft för bruket av SL än förekomst/frånvaro av alkoholbruk. Mentala rubbningar visade sig vara av mycket större betydelse i att förklara bruk av SL än nykterhet. Inte någon av de 19 långvariga sjukdomstillstånden framkom som signifikant prediktor för att förklara en hög alkoholkonsumtion.

I ytterligare en logistisk regressionsanalys, som ej redovisas i tabellform, med den högsta decilen alkoholkonsumenter (kontra övriga) som

Tabell 2. Logistisk regression med bl a upplevt hälsotillstånd, sjuklighet och trötthet som prediktorer för bruk av psykofarmaka och för nykterhet.

Prediktorer	Kategorier	Beroende variabler				
		Endast sömnmedel	Endast lugnande medel	Psykofarmaka	Psykofarmaka, regelbundet bruk	Nykterhet
		Standardiserade estimat n=152/5285	Standardiserade estimat n=105/5325	Standardiserade estimat n=330/5180	Standardiserade estimat n=124/5398	Standardiserade estimat n=926/4673
Ålder	1=16-24 ; 2=-34 ; 3=-44 ; 4=-54 ; 5=-64 ; 6=-74	0,497*	0,465*	0,451*	0,531*	0,240*
Kön	1=män 2=kvinnor	0,160*	-	0,124*	-	0,193*
Upplevt hälsotillstånd	1=gott 2=något däremellan 3=dåligt	0,089*	0,166*	0,134*	0,251*	0,059*
Somatiska sjukdomar	0=0; 1=1 ; 2=2-3; 3=1-3 i kombination med handikapp ; 4=>3;	0,143*	-	0,135*	0,118*	-
Mentala rubbningar	1=nej; 2=ja	-	0,248*	0,213*	0,270*	-
Total sjuklighet	0=0; 1=1 ; 2=2-3; 3=1-3 i kombination med handikapp ; 4=>3;	-	-	-	-	0,096*
Sömnproblem	0=nej; 1=ja	0,430*	0,126*	0,329*	0,291*	-
Trött om morgnarna	0=nej; 1=ja	-	-	0,075*	-	-
Trött om kvällarna	0=nej; 1=ja	-	0,146*	-	-	-

Not 1 Sömnmedel: korrekt predicerat 90%; gamma=.82
Not 2 Lugnande medel: korrekt predicerat 87%; gamma=.79
Not 3 Psykofarmaka: korrekt predicerat 89%; gamma=.79
Not 4 Psykofarmaka, regelbundet bruk: korrekt predicerat 95%; gamma=.90
Not 5 Nykterhet: korrekt predicerat 67%; gamma=.38

beroende variabel, och med samma oberoende variabler som för nykterhet, framkommer endast rapporterade sömnproblem och trötthet på morgnarna som signifikanta prediktorer. En tidigare analys av restaurangbesökare med påvisade "våta" alkoholvanor visade att denna typ av trötthet först och främst skall förklaras av ett aktivt uteliv och inte av ett allmänt sämre hälsotillstånd eller bruk av olika typer av mediciner (Kühlhorn, 1989). Av Tabell 2 framgår att andelen användare av psykofarmaka, som väntat, stiger med ökad ålder. Så är även fallet för andelen nykterister, dock med ett svagare samband. Varken lugnande medel eller regelbundet bruk av SL uppvisade signifikanta skillnader i andelen manliga och kvinnliga brukare.

Psykofarmakabruk visar sig således vara nära kopplat till en dålig hälsa och kan effektivt prediceras utifrån kunskaper om respondenternas ålder, hälsotillstånd och trötthetssymptom. Lugnande medel har en star-

kare koppling till mentala rubbningar och uppvisar en högre andel regelbundna användare. Om det överhuvudtaget finns några likheter i detta stickprov mellan alkohol och psykofarmaka så finns dessa mellan användare av psykofarmaka och nykterister. Båda dessa beteenden kan, i alla fall delvis, ses som strategier för att komma till rätta med olika typer av ohälsa.

Ensamhet, alkohol och psykofarmaka

Enligt finska data från 1978–80 uppgav brukarna av SL att de hade färre nära vänner än icke-brukarna. Bland kvinnorna framkom denna tendens också bland dem som använde alkohol i berusningssyfte åtminstone två gånger per månad (Riska & Klaukka, 1984). Författarna förklarade detta med att brukarna av SL har ett mindre stödjande socialt nätverk än icke-brukarna. I ULF fick respondenterna inte tillfälle till att ge sådana synpunkter på sitt eget kontaktnät men å andra sidan undersöktes respondenternas kontaktnät både vad gäller primärgrupper (t ex familjemedlemmar utanför det egna hushållet) och sekundärgrupper (t ex grannar och arbetskamrater). Vid studier av sådana kontaktnät är det viktigt att skilja mellan strukturella förutsättningar för kontakter och användandet av dessa. Det verkar rimligt att antaga att brukarna av SL, t ex p g a hög ålder, har en mer begränsad tillgång till kontakt än icke-brukarna. Men givet en viss tillgång till kontakter finns det, enligt det hälsofunktionella synsättet inga skäl till varför brukarna av SL skulle utnyttja sitt kontaktnät i mindre omfattning än andra människor, i alla fall inte om man samtidigt tar hänsyn till att sjuklighet och olika handikapp kan vara ett hinder för att utnyttja de möjliga kontakterna.

Även nykterister, som representerar en äldre och mer sjuklig del av den vuxna befolkningen, kan ha ett mer begränsat kontaktnät än andra. Dessutom kan nykterhet ses som en avvikelse från de allmänna kulturella normerna, något som i sig kan påverka kontaktnätens utseende. Vailliant har t ex förfäktat tesen att avhållsamhet från alkohol '... may reflect a failure of socialization within the culture and poor capacity to take chances or to trust oneself to be adventurous' (1983, s 120).

I vår studie visade det sig att brukare av psykofarmaka och nykterister tenderade att ha mindre tillgång till olika typer av kontaktnät än den övriga befolkningen inom samma åldersgrupper, speciellt i åldersgrupperna 35 år och över. Detta gäller för alla kontakter som studerats: till arbetskamrater, till de egna barnen (i hushållet eller ej), till föräldrarna (eller åtminstone en av föräldrarna) upp till den ålder föräldrar "normalt" är vid liv, till man/hustru eller sambo, till någon annan i hushållet, samt till syskon.

För att kunna studera i vilken utsträckning, i tillägg vid bruk av SL

och nykterhet, andra egenskaper som ålder, kön och hälsotillstånd förklarar tillgången till kontaktnät valdes dessa som tänkbara prediktorer i logistiska regressionsanalyser tillsammans med de sex nämnda möjliga kontaktnäten (Tabell 3). resultaten i Tabell 3 ger vid handen att mentala rubbningar är viktiga då det gäller att förutsäga graden av kontakt med alla sex kontaktnäten och att somatiska sjukdomar är av betydelse för två. Ålder är som väntat av stor betydelse medan könseffekten är av mindre betydelse, endast i två fall fann vi signifikanta skillnader: färre kvinnor än män rapporterar kontakt med barn som inte bor hemma (fler kvinnor har således vårdnaden om barn) och en lägre andel kvinnor lever i ensamhusbruk. Bruk av psykofarmaka samvarierar med två av kontaktnäten (att inte leva i äktenskap/samboförhållande och att inte ha arbetskamrater) och nykterhet med tre kontaktnät (inga barn, ensam i hushållet, inga arbetskamrater). Den relativa betydelsen av såväl nyk-

Tabell 3. Logit-analyser med bl a psykofarmakabruk och nykterhet som prediktorer för brist på tillgång till olika typer av kontaktnät.

Prediktorer	Kategorier	Beroende variabler					
		Inga barn	Ej gift/ sambo	Ensam i hushållet	Inga föräldrar	Inga syskon	Inga arbetskamrater
		Standardiserade estimat n=1905/ 3621	Standardiserade estimat n=1884/ 3641	Standardiserade estimat n=1181/ 4345	Standardiserade estimat n=1818/ 3794	Standardiserade estimat n=601/ 3920	Standardiserade estimat 1357/ 3371
Ålder2	1=25-34; 0=övrigt	-0,630*	-0,431*	0,066*	0,521*	-	-0,263*
Ålder3	1=35-44; 0=övrigt	-0,980*	-0,614*	-0,143*	0,780*	0,171*	-0,293*
Ålder4	1=45-54; 0=övrigt	-0,898*	-0,584*	-0,110*	0,996*	0,163*	-0,265*
Ålder5	1=55-64; 0=övrigt	-0,817*	-0,485*	0,094*	1,251*	0,188*	-0,102*
Ålder6	1=65-74; 0=övrigt	-0,839	-0,412*	-0,095*	1,634*	0,196*	-
Kön	1=males 2=kvinnor	-0,138	-	-0,055*	-	-	-
Somatiska sjukdomar	0=0; 1=1 ; 2=2-3; 3=1-3 i kombination med handikapp ; 4=>3;	-	0,053*	0,058*	-	-	-
Mentala rubbningar	1=nej; 2=ja	0,053*	0,093*	0,098*	0,068*	0,050*	0,056*
Psykofarmaka	0=ej bruk; 1=bruk	-	0,054*	-	-	-	0,038*
Nykterhet	0=konsument; 1=nykterist	0,042*	-	0,048*	-	-	0,106*

Not 1 Baseline för ålder: 16-24 år; syskon 25-34 år
Not 2 Inga barn: korrekt predicerat 81%; gamma=.68
Not 3 Ej gift/sambo: korrekt predicerat 72%; gamma=.52
Not 4 Ensam i hushållet: korrekt predicerat 62%; gamma=.30
Not 5 Inga föräldrar: korrekt predicerat 67%; gamma=.38
Not 6 Inga syskon: korrekt predicerat 49%; gamma=.20
Not 7 Inga arbetskamrater: korrekt predicerat 64%; gamma=.36

terhet som bruk av SL är dock, som framgår av de standardiserade parameterestimaten, liten i förhållande till effekten av ålder.

Analyserna visar att såväl nykterister som psykofarmakabrukare har ett mindre utbyggt kontaktnät än resten av befolkningen. Detta kan emellertid i första hand förklaras av en kraftig effekt av ålder (med ökad ålder blir kontaktnäten färre) och i andra hand av förekomsten av mentala problem. Betydelsen av SL-bruk och/eller nykterhet för att förutsäga brist på tillgång till de olika kontaktnäten blir därmed liten.

I ett förklarande perspektiv är den centrala frågan hur ett givet kontaktnät används och vilken roll bruk av psykofarmaka och nykterhet spelar i detta sammanhang. Respondenterna blev tillfrågade om hur ofta de brukar träffa, vara tillsammans med, samt hur många telefonkontakter de haft med sina barn som inte bor hemma, föräldrar, syskon, bekanta, grannar samt arbetskamrater. Skillnaderna i att utnyttja de redan existerande kontaktnäten visade sig vara små mellan å ena sidan brukarna av SL och nykterister och å andra sidan övriga respondenter (ej redovisad i tabeller). Variablerna ålder, kön och olika trötthetssymptom var viktigast för att förklara kontaktintensiteten. Psykofarmakabruk var däremot av underordnad betydelse. Endast i ett av elva testade kontaktnät (utbyte av små tjänster med grannarna) svarade brukarna av SL för en signifikant lägre grad av kontakt. Nykteristerna redovisade däremot en lägre kontaktintensitet i sex av de elva kontaktnäten. Sambanden var dock svaga. Vi testade också betydelsen av somatiska sjukdomar och mentala rubbningar, som inte i något fall framkom som signifikanta prediktorer. De överskuggades av olika trötthetssymptom, som påtagligt påverkade utnyttjandet av befintliga kontaktnät.

ULF-materialet visar således att bruk av psykofarmaka inte kan förklara graden av utnyttjandet av existerande kontaktnät om hänsyn tas till sådant som trötthetssymptom, kön och ålder. Däremot är tillgången till olika kontaktnät för såväl brukarna av SL som nykteristerna begränsade, vilket emellertid i första hand kan förklaras av en i dessa två grupper högre genomsnittsålder och förekomsten av mental ohälsa. Till skillnad från brukarna av psykofarmaka uppvisar nykteristerna i flera fall även en signifikant påverkan på intensiteten i de redan etablerade kontakterna.

Läkemedel, alkohol och psykofarmaka

De hittills redovisade resultaten av självrapporterade beteenden i den allmänna befolkningen talar för att användning av psykofarmaka först och främst är ett sätt att komma till rätta med ohälsa. Detta talar framförallt för den hälsofunktionella förklaringen. Det finns enligt vårt ma-

terial ingen annan association till alkohol än att personer med hälsoproblem också ofta avstår från att dricka alkohol. I sjukdomspanoramat för nykterister och psykofarmakabrukare finns emellertid systematiska skillnader. Om vi kan påvisa ett samband mellan bruk av psykofarmaka och bruk av andra typer av läkemedel, styrker detta vår uppfattning om psykofarmakas roll bland allmänheten som ett medel mot ohälsa.

I ULF ställdes ett antal frågor om bruk av olika typer av läkemedel under de senaste två veckorna. Frågorna gällde både läkemedel som är receptbelagda, t ex olika hjärtmediciner, samt icke-receptbelagda medel, t ex hostmediciner. Endast 37 % av samtliga respondenter sade sig inte ha använt någon typ av läkemedel de senaste två veckorna. Vi fann en avsevärt högre andel kvinnor än män som uppgav bruk, framförallt frekvent bruk, av läkemedel. Brukare av SL använde läkemedel i större omfattning än resten av befolkningen.

I syfte att studera om bruk av psykofarmaka avviker från bruk av andra typer av läkemedel har vi för alla de fjorton undersökta kategorierna av läkemedel (inklusive sömnmedel, lugnande medel) genomfört logistiska regressionsanalyser med ålder, kön och olika mått på respondenternas hälsa (uppfattat hälsotillstånd, antalet långvariga sjukdomar och om man under de senast två veckorna varit sjuk eller ej) som oberoende variabler. Sjuklighet under de senaste två veckorna inkluderades eftersom användningen av några av läkemedlen, t ex antibiotika, förutsätter en aktuell sjukdom (se Tabell 4).

Hälften av samtliga läkemedel (förutom psykofarmaka även laxermedel, hjärtmedicin, blodtryckssänkande medel, smärtstillande samt annan av läkare ordinerad medicin) visar sig väl prediceras av de valda variablerna. Det framkommer inga slående skillnader mellan bruk av SL och övriga läkemedel med ett undantag, nämligen hjärtmedicin som visar sig vara det enda av samtliga läkemedel som uppvisar en högre andel manliga än kvinnliga användare. Läkemedel som främst är knutna till icke-kroniska och/eller "lindrigare" sjukdomar/åkommor (hostmedicin, läkemedel för huden, vitaminer och naturmediciner) visar lägre prediktionskraft. Resultaten implicerar att psykofarmaka används på ett sätt som generellt sätt inte avviker från hur andra läkemedel används. Vi testade också, både för män och kvinnor, om läkemedelsanvändningen samvarierade med hög alkoholkonsumtion men fann ingen signifikant korrelation överhuvudtaget. Tvärtom visade sig användandet av receptbelagda mediciner, t ex hjärtmediciner, vara närmare förknippat med nykterhet.

Tabell 4. Logit-analyser för prediktion av olika typer av läkemedel, standardiserade estimat.

Beroende variabler Typ av läkemedel använt under de senaste två veckorna	Andel som brukat läkemedlet	Prediktorer Ålder	Kön	Upplevt hälsotillstånd	Sjuk under de senaste två veckorna	Total sjuklighet	Andel (%) korrekt predicerat
		1=16-24 ; 2=-34 ; 3=-44 ; 4=-54 ; 5=-64 ; 6=-74	1=män 2=kvinnor	1=gott 2=något däremellan 3=dåligt	0=nej 1=ja	0=0; 1=1 ; 2=2-3; 3=1-3 i kombination med handikapp ; 4=>3;	
Hostmedicin	9	-0,536	0,071*	0.021	0.215*	0.085	64
Antibiotika	3	0,044	0,060	-0,054	0,357*	0,173*	75
Läkemedel för huden	12	-0,124*	0,053*	-0.040	0,035	0,289*	63
Laxermedel	2	0,378*	0,352*	0,103	0,184*	0,264*	84
Järnmedicin	3	-0,162*	0,220*	0,088	0,029	0,033	61
Vitaminer	18	0,028	0,160*	0.041	0,031	0,023	58
Hjärtmedicin	4	0,787*	-0,071	0,185*	0,019	0,382*	92
Blodtrycks-sänkande medicin	8	0,665*	0,022	-0.097*	-0,039	0,462*	88
Naturläke-medel	8	0,184*	0,237*	0,094*	0,007	0,022	66
Smärtstillande medel, ej receptbelagt	28	-0,076*	0,160*	0,042*	0,107*	0,058*	81
Smärtstillande medel, receptbelagt	8	0,063	0,177*	0,240*	0,094*	0,349*	82
Lugnande medel	3	0,282*	0,128*	0,198*	0,060	0,256*	82
Sömnmedel	4	0,452*	0,221*	0,192*	0,083*	0,211*	83
Annan av läkare ordinerad medicin	11	0,095*	0,054*	0,117*	0,050*	0,397*	81

Kontakter med sjukvården

Psykofarmaka är i Sverige endast tillgänglig på läkares ordination. Det är därför rimligt att i surveyundersökningar förvänta sig relativt starka samband mellan bruk av psykofarmaka och antal kontakter med sjukvården. I vårt material ställdes många frågor om frekvens och typer av

kontakter med sjukvårdssystemet under de senaste tre månaderna. Totalt 44 % av samtliga 5.522 respondenter, som besvarade frågorna om kontakter med sjukvårdssystemet, hade etablerat åtminstone en kontakt, om vi även räknar med besök hos sjuksköterska eller telefonsamtal med läkare. För brukare av psykofarmaka visade sig andelen vara 76 %. Vid exklusion av telefonsamtal blev andelen för den totala populationen nästan densamma, nämligen 43 % och för brukare av SL 69 %. Nykterister visade liten avvikelse från totalpopulationen (49 % med kontakter och 45 % vid exklusion av telefonkontakter).

Tjugosex (8 %) av de sammanlagt 335 användarna av psykofarmaka i ULF hade inte haft någon kontakt överhuvudtaget med sjukvården, ingen långvarig sjukdom, eller varit sjuka under de senaste 14 dagarna. Detta kan jämföras med den tidigare nämnda norska studien i Osloområdet där majoriteten av ungdomarna (57 %) fått tillgång till psykofarmaka utan att först vända sig till sjukvården (Pedersen & Lavik, op. cit.). Andelen är mycket högre än i vår studie något som till en viss del beror på att ULF inte är begränsat till ungdomar.

Skillnader mellan de 26 brukarna utan föregående sjuklighet och/eller sjukvårdskontakter och övriga brukare av psykofarmaka framkom också i den subjektiva uppfattningen om hälsan. Totalt 92 % av dessa 26 brukare av SL upplevde sitt hälsotillstånd som gott jämfört med endast 32 % bland de övriga 309 brukarna. Stora skillnader i samma riktning framkom också i svaren på frågorna om olika trötthetssymptom. Några stora skillnader mellan de två grupperna i fördelningen mellan män och kvinnor och alkoholvanor framkom däremot inte. Genomsnittsåldern var dock lägre i den numerärt mindre gruppen (35 % under 35 år jämfört med 9 % bland de övriga brukarna), andel yrkesaktiva högre (73 % visavi 32 %). Av dessa 26 "icke-förutsägbara" var endast 8 % regelbundna brukare medan motsvarande siffra för övriga brukare var 40 % och en större andel använde sömnmedel (85 % visavi 67 %). Det bör också påpekas att det inte är nödvändigt att denna minoritetsgrupp representerar en missbrukspopulation och/eller fått tillgång till medlen på ett olagligt sätt. Gruppen är emellertid för liten och den rapporterade alkoholkonsumtion för låg respektive sociala problematik inte tillräckligt markerad för att det skall vara möjligt att granska rimligheten av den berusningsrationella eller problemfunktionella förklaringen för denna minoritetsgrupp.

Diskussion

Eftersom vi i vår undersökning inte fann något samband mellan hög alkoholkonsumtion och bruk av SL kunde vi inte testa den berusningsrationella tesen. Inte ens i den minoritetsgrupp som brukade psykofar-

maka utan att ha haft kontakt med sjukvården och/eller rapporterat förekomst av ohälsa fann vi en förhöjd alkoholkonsumtion. Vi förmodar att det finns en mer eller mindre stor minoritetsgrupp som brukar kombinera SL med alkohol. För att kunna bevisa detta behövs emellertid ett annat material än ULF.

Den dominerande trenden i vår undersökning var att bruket av SL var kopplat till ohälsa, ofta i förbindelse med långvariga sjukdomar, speciellt mental ohälsa. Hög ålder, upplevd ohälsa och olika typer av trötthet hörde också ihop med bruket. Bland dem som använt SL under de senaste fjorton dagarna betecknade endast en minoritet sitt bruk som regelbundet. Eftersom avhållsamhet från alkohol också är en strategi för att ta itu med hälsoproblem gjorde vi vissa jämförelser inom denna sektor. De likheter vi hittade på alkoholområdet fanns mellan avhållsamhet från alkohol och bruk av SL och inte mellan konsumtion och bruk av psykofarmaka. Utifrån vår undersökning kan vi givetvis inte bedöma om olika sjukliga förhållanden kan lindras genom medikamentbruk i allmänhet och psykofarmakabruk i synnerhet.

Det var inte ensamhet eller dålig tillgång till kontaktnät som förklarade bruket av SL, utan primärt ohälsa. Sålunda talar våra data starkt för den hälsofunktionella förklaringen.

Våra data står i överensstämmelse med flera internationella studier som har tagit hänsyn till sjuklighet (se t ex Murray, m fl, 1981; Caffarata, m fl, 1983). Ashton, som har gjort en kritisk granskning av olika undersökningar av främst problemfunktionell inriktning, menar t o m följande: "These sociological studies are interesting: they do not necessarily prove anything but they perhaps shed some light on prescribing habit" (s 34, 1991).

Vår analys av psykofarmakabrukarnas kontakter med sjukvården, samt deras sjuklighet och användning av läkemedel överhuvudtaget, förstärker stödet för den hälsofunktionella förklaringen. Ungefär tre fjärdedelar av alla brukarna hade haft åtminstone en kontakt med sjukvården under de senaste tre månaderna. Många av psykofarmakabrukarna konsumerade andra läkemedel för andra sjukdomstillstånd. För bruket av andra läkemedel än SL hittade vi samma generella mönster som för SL: förekomst av långvarig och/eller upplevd sjuklighet och frekventa kontakter med sjukvården samt för de flesta sjukdomstillstånd hög ålder och kvinnligt kön som predisponerande faktorer.

Många har försökt förklara könsskillnaden i bruk av psykofarmaka. En analys av könsskillnader i hälsobeteenden går långt utöver målet för vår undersökning, eftersom bl a biologiska faktorer är knutna till hälsa. Trots detta vill vi rikta uppmärksamheten på förhållandet att skillnaderna i bruket av SL överensstämmer med de generella variationerna mellan könen i hälsorelevanta beteenden. I enlighet med litteraturen har

kvinnor inte bara bättre förutsättningar till ett långt liv än männen, utan de har också en större benägenhet till att uppmärksamma sin eventuella ohälsa och att ta itu med den. I följande sammanställning (Tabell 5) redovisar vi därför skillnaderna mellan manliga och kvinnliga respondenter i olika hälsorelevanta avseenden enligt ULF-materialet. Vi vill dock poängtera att vi utöver det könsspecifika mönstret i hälsobeteenden generellt kan räkna med andra faktorer som påverkar variationerna mellan könen.

Männen är överrepresenterade då det gäller avvikande beteenden som kriminalitet, drogmissbruk, alkoholism och risktagande överhuvudtaget. Av våra data att döma är psykofarmakabruk emellertid inget avvikande beteende och den generella underrepresentationen av männen inte överraskande.

Vi vill slutligen rikta uppmärksamheten på att bruk av psykofarmaka kan ha sina risker. Alla läkare är inte ideal-läkare och alla patienter inte ideal-patienter. Bruk kan generera missbruk, illegala inköpskällor kan bli tillgängliga, ryktet om en "generös" läkare kan spridas och en patient kan anlita flera olika läkare samtidigt. Det kan inte råda någon tvekan om att det finns ett missbruk av SL. En viss antydan finns i vårt material, enligt vilket 8 % av brukarna under den senaste tremånadersperioden vare sig lidit av någon sjukdom eller haft någon kontakt med sjukvården. Det föreligger också rapporter om risker för kontrollsvårigheter, speciellt vid regelbundet bruk (Bruun, 1982; Petursson & Lader, 1981; Lader, 1983; Owen & Tyrer, 1983). Det kan sålunda finnas ett frekvent bruk av SL både inom grupper med missbruk av alkohol och traditionella narkotika som inom grupper där andra former av missbruk

Tabell 5. Män och kvinnor och vissa hälsorelevanta beteenden

	Kvinnor		Män	
	%	n	%	n
Inga rapporterade långvariga sjukdomar	56	2785	61	2827
God percepterad hälsa	76	2780	80	2819
Ej använt medicin senaste två veckorna (psykofarmaka exkluderat)	30	2765	46	2782
Ej använt sömnmedel senaste två veckorna	94	2754	98	2773
Ej använt lugnande medel senaste två veckorna	96	2754	98	2773
Inga kontakter med sjukvården	50	2772	58	2794
Nykterist	21	2785	12	2827
Dricker 4,2 cl 100 alk. eller mer under en normalvecka	9	2781	33	2827
Röker eller snusar dagligen	28	2794	41	2797

inte föreligger. För att kunna belysa denna typ av frågeställningar krävs dock andra typer av studier än stora surveyundersökningar.

REFERENSER

Alanko, T (1984). An overview of techniques and problems in the measurement of alcohol consumption In: Smart, R G, Caphell, H D, Glaser, F B, Israel, Y, Kalant, H, Popham, R E, Schmidt, W & Sellers, E M Eds.) Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol. 8, New York: Plenum Press, pp 209–226.

Andreasson, S (1990). Misure of alcohol and cannabis among young men. A longitudinal study of health effects. Huddinge, Section of community Medicine, Department of Medicine, Karolinska Institutet, Huddinge University Hospital, Stockholm.

Ashton, H & Golding, J F (1989). Tranquilliers: prevalence, predictors and possible consequences. Data from a large United Kingdom survey. Brit J Addict 84:541–546.

Ashton, H (1991) Psychotropic-Drug Prescribing for Women. Brit J Psychiatry 158:30–35.

Blennow G, Leifman, H, Leifman, A, Karlsson, G & Romelsjö, A (1992). The Association between Social Factors and Sedative/Hypnotic Drug Use and Rates of Incidence and Long-Term Use in an Urban Population (preliminärt accepterad för publicering).

Bruun, K (Ed.) (1982). Läkemedelsfrågan i Norden i ljuset av psykofarmakakontrollen, Stockholm, Prisma.

Busto, U, Simpkins, M A, Sellers, E M, m fl (1983). Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics. Brit J Addiction 78:429–435.

Cafferata, G L, Caper, J & Berbstein, A (1983). Family Roles, Structure, and Stresses in Relation to Sex Differences in Obtaining Psychotropic Drugs. Journal of Health and Social behavior 24:132–143.

Christie, N & Bruun K (1985). Den gode fiende. Narkotikapolitikk i Norden. Universitetsforlaget, Oslo.

Cooperstock, R (1979). A review of women's psychotropic drug use. Canadian Psychiatric Association Journal 24:29–34.

Cooperstock, R & Lennard, H L (1979). Some social meaning of tranquilliser use. Sociology of Health and Illness 1:331–347.

Damström-Thakker, K (1990). Long-term utilization of medical and social services in a population of clinical alcoholics. Department of Clinical Alcohol and Drug Addiction Research, Karolinska Institute, Stockholm.

Kühlhorn, E (1989). På restaurang i Sverige. Alkoholpolitik – Tidskrift för nordisk alkoholforskning 6:119–129.

Kühlhorn, E & Björ, J (1991). De nyktra och alkoholkonsumenterna. I Gustavsson, A (Red.) Alkoholister och nykterister. Etnolore 10, Uppsala.

Lader, M H (1983). Dependence on Benzodiazepines. J Clin Psychiatry 44:121–124.

Lader, M H & Petursson, H (1983). Rational Use of Anxiolytic/Sedative Drugs 25:514–528.

Leifman, H, Allebeck, P, Andréasson, S, Kühlhorn, E & Romelsjö, A (1993): Abstention in young adults: selection factors to abstention (under bearbetning).

Levnadsförhållanden (1985). Ohälsa och sjukvård, Rapport 42. Sveriges officiella statistik, Statistiska centralbyrån.

Lindelius, R, Salum, I & Ågren, G (1974). Mortality among male and female alcoholic patients treated in a psychiatric unit. Acta Psychiatr Scand 50:612–618.

Marmot, M G (1984). Alcohol and coronary heart disease. Int J Epidemiol 13:160–166.

Nilsson, T & Svensson, P G (1971). Svenska folkets alkoholvanor – RUS (Riksundersökningen). I Svenska folkets alkoholvanor. Rapport från den alkoholpolitiska utredningen, Stockholm: Finansdepartementet, Statens Offentliga Utredningar 1971:77, pp 1:1–1:102.

Owen, R T & Tyrer, P (1983). Benzodiazepine dependence: a review of the evidence. Drugs 25:385–398.
Petersen W & Lavik N J (1991). Adolescents and benzodiazepines: prescribed use, self-medication and intoxication. Acta Psychiatr Scand 84:94–98.
Pernanen, K (1974). Validity of survey data on alcohol use. In: Gibbins, R J, Israel, Y, Kalant, H, Popham, R E, Schmidt, W & Smart, R G (Eds) Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol. 1, New York: John Wiley & Sons, Inc, pp 355–374.
Petursson, H & Lader M H (1981). Benzodiazepine Dependence. Br J Addict 76:133–145.
Rimm, E B, Giovannucci, E L, Willett W C, m fl (1991). Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. The Lancet 338:464–468.
Riska, E & Klaukka, T (1984). Sambandet mellan bruk av alkohol och psykofarmaka bland kvinnor och män i Kvinnors bruk av beroendeframkallande läkemedel, Helsinki, Nad-Publikation nr 11.
Swartz, M, Landerman, R, George, L K, m fl (1991). Benzodiazepine Anti-Anxiety Agents: Prevalence and Correlates of Use in a Southern Community. Am J Public Health 81:592–595.
Shaper, A G (1990). Alcohol and mortality: a review of prospective studies. Brit J Addiction 85:837–847.
Svensk läkemedelsstatistik (1990). Apoteksbolaget, Stockholm.
Taylor, D (1987). Current usage of benzodiazepines in Britain. I: The Benzodiazepines in Current Clinical Practice (red. Freeman, H & Rue, Y), London: Royal Society of Medicine Services.
Turner, T B, Bennett, V B & Hermandez, H (1981). The beneficial side of moderate alcohol use. Johns Hopk J 148:53–63.
Vaillant G E (1983). The Natural History of Alcoholism; Havard University Press Cambridge, Mass.
Wiseman & Spencer-Peet (1985) Prescribing for alcoholics: a survey of drugs taken prior to admission to an alcoholism unit. Practioner 229:88– 89.

SUMMARY

Eckart Kühlhorn & Håkan Leifman
Use of alcohol and psychotropics in Sweden
This study of a representative Swedish sample of 5 612 respondents from 1988, shows that the use of psychotropics in the general population is highly associated with bad health, as indicated by chronic diseases, especially the category of mental disorders. Also old age, the perception of bad health and various types of tiredness are strongly associated with the use of psychotropics. In general, the same pattern was found behind use of psychotropics as for other medicines in terms of sickness, perceived health, age, gender. Users of psychotropics also reported many contacts with the health care system.

Altogether, the results argue for the interpretation, that psychotropics mainly are used in order to cope with bad health. This may also explain why more females than males use psychotropics.

Contrary to psychotropics alcohol use showed no association with bad health in general. If there are any functional similarities between alcohol and psychotropics, they are found between abstinence from alcohol and use of psychotropics. Also abstinence from alcohol seems to be connected with strategies to cope with health problems.

Survey data in general and ours in particular have poor validity with regard to deviant behaviour. In order to study the combined use of alcohol and psychotropics, clinical populations have to be studied. Our data do not allow for any conclusion in this direction.