

TID SIGNAL

TIDSSIGNAL

Tidskrift för politik, kultur och samhällsdebatt

Nr 4

Februari 2006

Nya tider, nya plågor – om samhälle, hälsa och vård

Redaktörer för detta nummer

Maria Sundvall och Gunilla Berglund

Redaktion

Håkan Blomqvist

Maria Sundvall

Kjell Östberg (ansvarig utgivare)

Adress

Tidsignal

Box 5073

121 16 Johanneshov

tidsignal@spray.se

www.tidsignal.se

Prenumeration (fyra nummer): 275,- pg 37 029 – 6

Beställning av enstaka nummer:

sätt in 60,- + 20,- i porto på pg 37 029 – 6

Föreningen för socialistiska studier, ange: »Tidsignal«.

Tidsignal distribueras till återförsäljare av

Carlsson Bokförlag, Box 2112, 113 13 Stockholm

och återfinns i välsorterade boklådor.

Grafisk form: Bo Herlin

Tryck: 08 Tryck, Stockholm 2006

ISSN 1652-9081 ISBN 91-7203-779-2

Innehåll

Tidsignal	4
<i>Maria Sundvall och Gunilla Berglund</i>	
Inledning	6
<i>Karin Johannisson</i>	
Den moderna tröttheten – från överansträngning till stress, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet	21
<i>Åke Thörn</i>	
Människan som maskin eller sjukdom som process – om sjukdomsbegreppets förändring	41
<i>Annika Forssén och Gunilla Carlstedt</i>	
Feministisk forskning tydliggör att all forskning är politisk	54
<i>Katarina Hamberg</i>	
Risk för könsstereotypa idéer – om vikten av att granska forskning kring biologiska könsskillnader	63
<i>Valerie DeMarinis, Helen Hansagi och Leif Öjesjö</i>	
Strukturell etnisk diskriminering och psykiatri	77
<i>John Read</i>	
Den bio-bio-biologiska modellen för galenskap	87
<i>Alain Topor</i>	
Sex myter om avinstitutionaliseringen av den svenska psykiatrin	92
<i>Olle Svenning</i>	
Nyfascismen tar över svensk vård	103
<i>Aleksander Perski</i>	
Nya tider, nya idéer?	105

TID SIGNAL

Tidsignal fyller ett år!

När vi presenterade vårt första nummer för ett år sedan skrev vi lite uppkäftigt att vi ville delta i skapandet av en intellektuell miljö som med kraft och energi kan delta i den livsviktiga diskussionen om den radikala rörelsens uppgifter som inte minst rests av den alternativa globaliseringsrörelsen. Vi placerade oss inom de strömningar som är inspirerade av den samhällsomvandlande marxismen och frihetlig socialism.

Vi ville undvika att producera fyrkantigt programmatiska och förutsägbara artiklar, även om vi inte vågade lova att vi alltid skulle lyckas. Vi tänkte inte väja för komplicerade spörsmål och skulle förhoppningsvis inte tveka att visa när vi saknade självklara svar på centrala frågor.

Vi tycker nog att vi har lyckats med våra målsättningar. Vi har gjort fyra nummer som vi är nöjda med. Och vi har fått större uppmärksamhet än vi hade vågat hoppas på.

Redan den första numret, *Vänsterns väg*, som behandlade vänsterpartiets utveckling fick ett betydande genomslag i debatten. Ett laxermedel för vänstern, skrev *Arbetaren* påhejande och i *Dagens Nyheter* kunde vi läsa att »*Tidsignal* presenterar en redak-

tionskommitté av skarpa, internationella skribenter och avslutar med ett program: Låt oss samla nationens radikala krafter! I samverkan med liknande rörelser på andra ställen i världen borde det gå att åstadkomma något! Det är en realistisk idé med tanke på att människor över allt börjar få nog av maktens arrogans och girighet. ... Partivänstern tycks ha slagit in på en tråkig gammal väg, splittringens. Desto större behov av en tidskrift som *Tidsignal*.« Vi hade inte kunnat säga det bättre själv...

Nummer två tog upp temat Antisemitism och sionism i ett vänsterperspektiv. Reaktionerna blev över lag mycket positiva. I begåvade texter gör *Tidsignal*, upp med antisemitismen inom vänstern och i samhället, skrev *Aftonbladet*. »*Tidsignal* gör återigen skäl för namnet, inte bara för att antisemitismen är ett högaktuellt problem utan också för att Israels politik muren, bosättningarna måste kunna granskas utan att den som gör det blir stämpad som antisemit.« »Den innehåller de 120 mest fullmatade och klagörande sidor jag har läst på svenska i ämnet«, kunde vi läsa i *Västerbottens-Kurriren*. Och Levande historias nyhetsbrev skrev om en »vänstertidskrift med vidgat perspektiv ... med

bland annat konstruktiv diskussion kring skillnaden mellan kritik av staten Israel och synen på judar.«

Tidsignals tredje nummer, »En avreglerad socialdemokrati« kom lagom till den socialdemokratiska partikongressen och mottogs med intresse, inte minst i den rörelse vi kritiskt granskade. »En intelligent attack från vänster. Klart uppfriskande i en tid när vänstern ofta lider av dåligt självförtroende«, skrev LO-tidningen. »Många frågor som får skarpa svar. Spännande läsning«, fyllde Aftonbladet på.

Och vi tycker inte att vårt fjärde nummer, som ni just nu håller i er hand är mindre spännande.

Så det är med visst självförtroende vi har börjat planeringen för vår andra årgång. Vi lovar att vi ska sätta en ära i att fortsätta vårt breda anslag.

Vårt nästa nummer, som kommer i början av sommaren, kommer att handla

om borgerligheten. Det kan också ses som vårt inlägg i den valrörelse som redan verkar ha börjat. Längre fram kommer nummer om Latinamerika, vad som händer med världsekonomin, och de intellektuellas roll – drängar eller vakthundar eller...?

På ett område har vi dock misslyckats – ekonomi och distribution. Vi har varit duktiga tidskriftsredaktörer men katastrofala administratörer. Många har fått vänta på sina beställda tidningar, prenumerationer har uteblivit. Nu kan vi lugna er där; vi har knutit ett proffs på det området till oss.

Men fortfarande är vår ekonomi utomordentligt darrig. Inga Axelsson-Jonssonstiftelser öser pengar över vänsterns intellektuella projekt. Därför är vi helt beroende av era prenumerationer och beställningar. Ta chansen att beställ de nummer som ni har missat också!

Kjell Östberg

Inledning

Maria Sundvall och Gunilla Berglund

Vad har vårdfrågor i en radikal tidskrift »för politik, kultur och samhällsdebatt« att göra? Visst brukar vänsterkrafter tala om sjukvården men nuförtiden nästan enbart som en fråga om resurser. »Stoppa nedskärningar« brukar vara texter på 1 maj-banderoller och »vård, skola, omsorg« blev ett mantra i en valrörelse häromsistens. Men vårdens innehåll? Dess vetenskapliga grund? Dess ideologi?

I slutet av 50-talet höll den brittiske fysikern C P Snow sin berömda föreläsning om »de två kulturerna«, det vill säga om naturvetenskapens och den humanistiska kulturens svårigheter att kommunicera. I vår tid är förmodligen klyftan mellan de två kulturerna ännu större. Blivande naturvetare läser mindre av historia och skönlitteratur på gymnasiet. Kunskapsmängden inom det naturvetenskapliga och tekniska fältet ökar så snabbt, att det inte längre räcker med allmänbildning för att till exempel förstå vad Nobelpristagarnas forskning går ut på.

Sjukvården har alltid stått mellan de två kulturerna – delvis grundad på naturvetenskaplig forskning, delvis en praktik idealt sett baserad på humanistisk människosyn. Fast de två benen har aldrig varit lika långa eller kraftfulla. Och den enorma expansio-

nen av biologisk forskning har gjort balansen ännu mer haltande.

I inledningen till det här tidskriftsnumret vill vi gå tillbaka till och ta avstamp i en tid då de två kulturerna åtminstone delvis möttes i en radikal rörelses smältdegel. En tid då inte den politiska debatten hovsamt stannade utanför vetenskapsmännens laboratorier, en tid då alla hierarkier ifrågasattes – även inom vården. Vi talar om 60- och 70-talen, då radikaliserings i ungdomsmiljön och bland arbetargrupper också tog sig uttryck bland unga människor som sökte sig till de vid den här tiden snabbt expanderande vårdutbildningarna, liksom bland de vårdanställda i allmänhet.

Den sjukvård dessa unga människor kom ut för att arbeta i hade byggts ut snabbt under en relativt kort historisk period. På 1930-talet hade mödra- och barnavårdscentraler med kostnadsfri rådgivning inrättats över hela landet. Den öppna vården utanför lasaretten med bland annat distriktssköterskor hade byggts ut i början på 50-talet. 1955 hade en allmän sjukförsäkring införts. Mellan 1950 och 1965 ökade antalet vårdplatser med 37 procent och antalet anställda med 65 procent.¹ I januari 1970 infördes »sjukronorsreformen« som

innebar en enhetstaxa för alla läkarbesök i offentlig vård. Dittills hade man betalat direkt till varje enskild läkare.

Det svenska sjukvårdssystemet hade blivit ett av de bäst utbyggda i hela västvärlden. Det kunde väl mäta sig med *National Health Service*, NHS, den stora sjukvårdsreformen i Storbritannien under åren efter kriget. En skillnad låg dock just i betalningssystemet: i NHS var – och är fortfarande i hög grad – vården kostnadsfri.

Sprickor i välfärdsbygget och konsekvenser i rörelsen

På 1960- och 70-talen fanns en överväldigande optimism bland radikala sjukvårdskritiker. De satte ljuset på sprickorna i välfärdsbygget och krävde att de skulle tätas. Bland inspirationskällorna fanns den tidigare generationens socialmedicinare som Gunnar Inghe som beskrivit fattigdomen i Sverige, och Gustaf Jonsson som fäst uppmärksamheten vid barns utveckling. Vid samma tid kom låginkomstutredningen från 1970 som visade att sjukligheten avspeglar klassamhället i Sverige.

Debatten fördes i många olika former och forum. Medicinska föreningen i Stockholm hade en tidskrift som från 1969 började utges som *MFT*, de medicinska föreningarnas tidskrift, och som blev känd som en provokativ utmanare. Från 1976 döptes den om till *Motpol*, som fortsatte att utges till 1996 med ett fortsatt radikalt perspektiv på sjukdomar, ohälsa och vård. Det bildades föreningar för arbetsmiljöfrågor, där unga kemister och läkare samarbetade. U-landsfrågor engagerade. Fackföreningar

inom sjukvården, framförallt SHSTF, sjuksköterskornas fackförbund, förde fram radikala krav. Även inom Kommunal fanns det strömningar som på ett tidstypiskt sätt reste krav, inte endast om strikt fackliga frågor, utan också om vårdens innehåll.

En strid ström av debattböcker om sjukvård, arbetsmiljö, sociala förhållanden, psykologi och psykiatri publicerades. De så kallade R-förbunden (KRUM, Riksförbundet för kriminalvårdens humanisering, RFHL, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RSMH, Riksförbundet för social och mental hälsa, och ALRO, Alkoholproblematikers riksorganisation) bildades och 1970 startades utgivningen av deras gemensamma socialpolitiska tidskrift, *Pockettidningen R*.

Det fanns på 1960-talet ett relativt utbrett stöd i samhället, och bland de etablerade partierna, för en fortsatt utbyggnad av sjukvården. Köerna till vården skulle byggas bort. Vården skulle motsvara människors behov, även de svagaste gruppernas. En snabb genomgång av vilka riksdagsförslag som lades och av valkampanjernas huvudfrågor tyder inte på att stödet till sjukvården var kontroversiellt. Fram mot slutet av 60-talet när konjunkturen mattades hävdade den socialdemokratiske finansministern Gunnar Sträng – bland annat i polemik med den nybildade Socialstyrelsens förste generaldirektör Bror Rexed – för första gången att sjukvården inte skulle kunna fortsätta att expandera på samma sätt.² Allmänheten stödde också expansionen. I en intervjuundersökning 1975 ville en bedövande majoritet av de tillfrågade satsa ökade resurser på offentlig konsumtion, särskilt på

åldringsvård, sjukvård och kollektiv trafik. Skillnaderna mellan de olika partiernas anhängare var relativt små.³

De radikala grupperna skilde framförallt ut sig genom att kräva ytterligare utbyggnad, och att vården skulle bli billigare eller kostnadsfri. Kritikerna gick också hårt emot alla förslag om försämringar och nedskärningar.

Man visade på sambandet mellan kapitalismen och sjukligheten och lyfte systematiskt fram det klassmässiga perspektivet. Arbetsmiljöfrågor som användning av giftiga kemikalier, liksom industrins föroreningar av luft och vatten betonades. Kraven hade udden riktad mot industriägarna, och frågor om själva ägandet ställdes ofta som en slutsats av miljöproblemen.

När asbest förbjöds 1976 var det efter en debatt, där de radikala kritikerna påpekade att hälsoriskerna egentligen varit kända länge men sopats under mattan av industrin och myndigheterna.

Stress och utslitning är långtifrån ett så modernt fenomen som man ibland får intryck av i dagens debatt. Men på 60- och 70-talen tog man framförallt upp stressen i tunga arbetsyrken, knutet till en kritik av den tidens rationaliseringar med tidsstudiemän och hårdare ackord. Gruvarbetarna strejkade för och vann månadslön 1970, skogsarbetarna följde efter 1975. Efter gruvstrejken sjönk antalet svåra olyckor i gruvorna med 95 procent.

När produktionen bedömdes som farlig, nedsmutsande eller destruktiv för samhället, väcktes frågan om arbetets innehåll. I sådana diskussioner lyftes det fram en vision om vad man med den tidens

terminologi skulle kalla de intellektuella förening med arbetarklassen. För unga radikala naturvetare hägrade perspektivet på att deras kunskap skulle ställas i arbetarnas och fackföreningarnas tjänst. Företagshälsövården borde bojkottas, istället borde fackföreningarna anställa sina egna experter, inklusive egna läkare.

Kommersialiseringen av vården kritiserades vid en tid, då de privata inslagen i sjukvården var i det närmaste obetydliga. Läkemedelsindustrin stod i skottgluggen. Socialdemokraterna hade kvar kravet på dess förstatligande i partiprogrammet fram till 1990. Kopplingar gjordes mellan läkemedelsindustrin och miljöskandaler i fattiga länder.

Att vården måste demokratiseras och hierarkierna brytas upp var ett återkommande tema. Löneskillnaderna togs upp och knöts till den ojämna könsfördelningen. Enligt en broschyr från slutet på 70-talet var 96 procent av sjuksköterskor och vårdbiträden kvinnor mot mindre än 20 procent av läkarna.⁵ Det kan vara värt att notera att idag har kvinnodominansen minskat något men är fortfarande oerhört kraftig bland sjuksköterskor och undersköterskor, medan lite mer än hälften av de nyutexaminerade läkarna är kvinnor. Däremot har löneskillnaderna ökat kraftigt.

Kollektivism eller individualism

Den tidigare citerade broschyren tar upp frågan om motionsidrotten. »Likt svampar växer motionsanläggningar upp i kommunerna« och »motion skall konsumeras likt allt annat i samhället« står det i några

uttalat skeptiska formuleringar.⁶ Visst, broschyrförfattarna är för att breddidrotten stimuleras, men inte för att den ger motion. Istället ska det dagliga arbetet organiseras så att kroppen mår bra. Ansvar för att skaffa sig en god hälsa ska inte läggas på den enskilde individen.

Den här ståndpunkten är säkert inte representativ för det sena 70-talet, men den ger ändå en aning om hur tidsandan förändrats, om hur oerhört mycket mer individualistisk vår tid är. Kan man tänka sig att denna instinktiva misstro mot individuella lösningar inte bara fanns hos en kommunistisk sjukvårdsgrupp, utan bottade i tankeströmningar i bredare skikt inom arbetarrörelsen? Idag är den knapast begriplig.

Frågan om individualism eller kollektivism blir också aktuell när man granskar en av den tidens radikala sjukvårdskritiker, Ivan Illich. År 1975 kom hans bok *Den farliga sjukvården (Medical Nemesis. The expropriation of Health)* på svenska. Illichs tankar om att det medicinska etablissemanget kommit att utgöra ett betydande hot mot hälsan, och att den växande sjukvårdsapparaten leder till att vi tappar vår autonomi och vår kontroll av vår hälsa, kom att påverka många. Det blev en del av tidens allmänna kritik av stordriften inom sjukvården. »Babels hus« blev en svensk symbol för den farliga vårdapparaten, med en term som lånades från titeln på P C Jersilds roman från 1978.

Men Illich var egentligen en tveksam allierad till de radikala. Han försvarar vår frihet att kontrollera våra egna kroppar i så hög grad, att han exempelvis anser att

lagarna inte ska »begränsa tillgången till beroendeframkallande, farliga eller värdelösa läkemedel och metoder« utan istället »lägga hela ansvaret för deras användning på den sjuke och hans närmaste.« Och han tillägger: »Allmänhetens hälsoliv är beroende av i vilken omfattning resurser och ansvar för bekämpandet av sjukdom är fördelade inom hela befolkningen... Det samhälle som reducerar de professionella ingripandena till ett minimum skapar de bästa förutsättningarna för hälsa.«⁷

Här finns det förstås en oerhörd spänning gentemot den socialistiska sjukvårdskritik som inte ens ville lämna ansvaret för att motionera till individen! Och gentemot den majoritet i befolkningen som definitivt förespråkade *större* samhälleliga satsningar på vården. Illich går oerhört långt i sin individualistiska syn på hälsa och sjukvård. Tongångarna påminner närmast om vår tids nyliberala debattörer.

I en artikel nyligen i Dagens Nyheter påpekar forskaren Cecilia Magnusson att Illichs tankar om att individen måste återerövra sin autonomi i vår tid snarast avspeglas i alternativmedicinens stigande popularitet och i ett ökande antal anmälningar till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Hon menar också att Illichs tankar om den »kulturella iatrogenesen«, det vill säga att föreställningarna om den moderna medicinens universella förmåga ger upphov till förhoppningar om ett liv fritt från lidande, i vår tid tas upp av dem som studerar hur sjukvården ska kunna bli mer hälsofrämjande. Ett exempel hon nämner är den israeliske sociologen Aaron Antonovsky, vars tankar om att »känslan

av sammanhang« är viktig för hälsan, har påverkat synen på hur människor överlever svåra livshändelser, trauman.⁸

Strid inom psykiatrin

Kanske är det för att psykiatrin mer uppenbart hämtar kunskap från bägge »kulturererna«, som striden om vårdens inriktning alltid tycks ha stått hårdast där. Det är också den del av sjukvården som fått sin nuvarande form senast. Under efterkrigstiden skapades nya yrkesgrupper, som psykologer och socionomer. Det innebar att behandlare med en beteendevetenskaplig bakgrund genom sin närvaro i psykiatrin kom att ifrågasätta den medicinska dominansen.

Från 50-talet började antalet vårdplatser inom traditionella mentalsjukhus att minska i Europa och Nordamerika, men i Sverige fortsatte utbyggnaden. Flest antal vårdplatser på mentalsjukhusen fanns 1965. Från 60-talet började landstingspsykiatrin att byggas ut, till att börja med som ett alternativ för de »lättare« sjuka. År 1966 togs de statliga mentalsjukhusen över av landstingen, och under 80-talet lades de flesta av dem ned.

Inom psykiatrin blev den radikala kritiken av det bestående som tydligast. Den så kallade antipsykiatriska strömningen som fick sina mest betydande företrädare i Storbritannien – psykiatrerna R D Laing, David Cooper och Aaron Esterson med flera – kritiserade behandlingen och uppfattade synen på psykisk sjukdom som ett uttryck för ett förtryckande samhällssystem. Deras böcker översattes till svenska

från andra hälften av 60-talet och framåt. Några år senare började en omfattande avinstitutionisering med stängning av traditionella mentalsjukhus i Italien. Även denna rörelse inspirerade och fick efterföljare i den svenska verkligheten. Brukarorganisationer som RSMH började samla patienter och vårdarbetare inom psykiatrin. *Pockettidningen R* wallraffade sig in på Sundby mentalsjukhus och skrev skarpt kritisk om vården där.⁹

Om vänsterkritikerna på 60-talet snarast var »antipsykiatriska« i sin hållning, kunde vi redan mot mitten av 70-talet se en stark terapeutisk trend. Det är frestande att se denna förskjutning som ett uttryck för att de unga radikalerna som trots – eller på grund av – sin kritik sökt sig till psykiatrin, nu började komma ut i yrkeslivet och söka efter instrument för att förena sin kritik av den »gamla« psykiatrin med behovet att kunna erbjuda bättre behandling för det lidande de mötte. Den här tiden kännetecknades av kritik av den biologiska synen på psykisk sjukdom, och kritik av läkemedelsbehandling som enda utbud. Tilltron till samtalsbehandling var stor. Olika terapiskolor frodades: det handlade om gruppterapi, miljöterapi, gestaltterapi, Janovs primalskrik, men i botten fanns en renässans för freudianska idéer. Tanken om att människan drivs av konflikter och om det undermedvetnas betydelse, och att man måste gå till roten med problemet framstod för många som det mest radikala. Kritiken var ofta särskilt hård mot mer beteendeterapeutiskt inriktade metoder, som kritiserades för att stanna vid ytfenomenen. Det var som att den politiska radikalismen – att

gå till roten med samhällets problem – över-
sattes i en syn på vad som var radikal vård
– att gå till roten av det undermedvetna.

Samtidigt fanns det också en vänsterkritik av terapitrenden. I till exempel *Pocket-tidningen R:s* nummer *Snacka går ju! Om psykoterapi som befrielse, ideologi och magi* (1/1979) hävdar sociologen Rosemari Eliasson att psykoterapin stärker den gamla, härskande ideologin vars syfte är att se till att ingenting ändras i världen. Och även psykiatern och psykoanalytikern Johan Cullberg som försvarar psykoterapin i en intervju i samma nummer varnar för en psykoterapeutisk kultur och för att psykoterapeuterna inte tar tillräcklig hänsyn till sociala omständigheter.

Samhällsperspektivet alltid närvarande

Debattlitteraturen om socialvård och psykiatri från 70-talet ger exempel på att även i den inomfackliga, till och med inomvetenskapliga debatten fanns på den här tiden samhällsperspektivet alltid närvarande.

Ibland ter det sig i backspegeln lite roande. I antologin *Psykologi och praxis* har redaktörerna ett citat från Mao Zedong som motto för sin inledning, och åberopar förutom filosofen Heidegger även Marx och Mao i sin kritik av den etablerade psykologin.¹⁰

Ett annat exempel är den mycket uppmärksammade debattboken *Konsten att dressera människor* som gavs ut i fyra upplagor mellan 1969 och 1971 och som kritiserade arbetspsykologin. Ett av bokens

första kapitel är en nästan tjugo sidor lång genomgång av vad kapitalism, imperialism, ideologi med mera är. En genomgång som kunde ha platsat i någon vänstergrupps grundcirkel – men det intressanta är att den genomgången föreföll författarna nödvändig för att därefter kunna gå in på en mer konkret kritik av psykologin.¹¹

I den bok som förmodligen mer än någon annan inspirerade och skolade radikala psykiatriarbetare och psykiatrikritiker, Svein Haugsgjerds *Nytt perspektiv på psykiatrin*, finns ett helt kapitel med rubriken *Samhället*, där han utgår från marxismen och beskriver marxism och psykoanalys som två varandra kompletterande teorier, som behandlar olika nivåer i samhället och som har ett gemensamt gränsområde, där de kan befrukta varandra.¹² I ett avsnitt om de »psykiska störningarnas sociogenes« (det vill säga, samhälleliga ursprung) ställer han sig uppgiften att beskriva hur den samhällsekonomiska strukturen griper in i samspelet i familjen och därmed i barnets tidiga utveckling.¹³ Den psykiatriska vården bör omorganiseras i riktning mot teamarbete så långt ute i samhället som möjligt, och inriktas på att förebygga hälsovådliga samhällsförhållanden. Psykiatriskt hälsovårdsarbete kan inte vara neutralt i klasskampen, varnar han, utan måste ställas i folkets tjänst. Men: »Grandiosa socialpsykiatriska önskedrömmar om att frälsa världen med hjälp av psykiatri är löjliga mot bakgrund av vad vi vet om hur samhällsförändringar sker eller kan ske. (...) Det viktigaste vi som hälsovårdsarbetare kan göra är inte att lägga upp egna aktionsprogram, utan att ställa våra erfarenheter till

det arbetande folkets förfogande, åt dem som är maktlösa och lider skada på grund av den nuvarande samhällsstrukturen, och åt dem som både *vill* och *kan* arbeta för samhällsförändring.« Bland de mer praktiska slutsatserna återfinns att hälsovårdsarbetare bör organisera strejker och bojkotter för att protestera mot organisationsförslag och kämpa för de medarbetare inom social- och hälsovårdssektorn som är underprivilegerade vad gäller arbets- och livsvillkor. Vårdarbetarna måste överkomma den fackliga splittringen genom att organisera sig i en bred, samlande frontorganisation. Den privata läkemedelsindustrin ska avskaffas, hälsovådliga delar av vårdapparaten läggas ned, och det är slutligen en huvuduppgift för de norska vårdarbetarna att klargöra de hälsomässiga följderna av ett eventuellt norskt medlemskap i EG:s föregångare, EEC (en fråga som sedermera avgjordes genom att majoriteten röstade nej till medlemskap i folkomröstningen 1972).¹⁴

Nedskärningar och privatisering

Trettio år har gått och på en rad områden är framstegen inom sjukvården uppseendeväckande – i den rika världen. Femårsöverlevnaden vid flera vanliga cancerformer har ökat påtagligt. Dödligheten i AIDS i Sverige har sjunkit kraftigt – tack vare bromsmedicinerna, men också tack vare att det sociala stigmat inte hindrat människor från att söka hjälp. Den moderna behandlingen av diabetes gör det möjligt att föra ett mer normalt liv, och minskar risken för allvarliga långsiktiga komplikationer. Bypass-operationer vid sjukdomar i hjärtats

kranskärl ökar överlevnaden. Livslängden ökar och de äldre blir friskare. 85-åringar får nya höftleder – medan man för trettio år sedan skulle ha sett åldern i sig som ett hinder för operation.

Samtidigt beskrivs sjukvården sedan åtminstone nittioalets början som en krissektor. »Det finns inte pengar«, är det budskap som vi alla fått vänja oss vid. De flesta – inklusive tongivande massmedia – uppfattar nog det som ett budskap om att vi »levt över våra tillgångar«, att sjukvården tar mer och mer av samhällets resurser. Det stämmer inte: sedan 80-talets början har den offentliga sektorns, inklusive sjukvårdens, andel av bruttonationalprodukten, BNP, haft en sjunkande trend.

Bakgrunden är den globala förstärkning av marknadskrafterna som startades redan mot slutet av åttiotalet. I vårt land har det lett till att mångmiljardbelopp överförts från offentlig sektor och låginkomsttagare till privatföretag, banker och höginkomsttagare. Under krisperioden i början på 90-talet genomfördes skattereformen som berövade staten 60 miljarder och bankakuten öppnades för krisstöd till bankerna.

I sjukvården blev nedskärningarna påtagliga. Mellan 1991 och 1997 minskade kostnaderna för hälsovården med nästan 10 procent i fasta kostnader – en unikt hög siffra för västvärlden. Antalet sängplatser på sjukhusen minskade med 28 procent, samtidigt som antalet behandlingar ökade. Antalet anställda i landstingen minskade med cirka 14 procent mellan 1992 och 1999 (och då räknar man inte in de grupper vars arbetsplatser överfördes i kommunal regi).¹⁵

Parallellt med nedskärningarna och i nedskärningarnas spår har vi sett en utveckling mot ökad privatisering och ökad användning av marknadsmekanismer. *New Public Management* är en beteckning för den ekonomiska doktrin som sedan åttiotalets början förespråkade att företags- och marknadsprinciper överförs från den privata till den offentliga sektorn. Målet är i nyliberal anda en stat med så minimal offentlig aktivitet som möjligt. Den drevs från början av kretsar kring de internationella finansinstitutionerna som Internationella Valutafonden och Världsbanken. Reagan- och Thatcherregeringarna i USA respektive Storbritannien gick i bräschen för att driva igenom dessa förändringar.

På 90-talet var NPM den mest dominerande teorin om hur offentlig verksamhet skulle bedrivas. I land efter land ledde det till att man genomförde »reformer« inom offentlig administration med liknande innehåll: köp- och säljmodeller, beställarsystem, lönsamhetskrav för offentlig service, avknoppning, entreprenader och intraprenader, ren privatisering. Förändringarna genomfördes under slagord om ökad kvalitet, ökad valfrihet, billigare service och ökad effektivitet.

New Public Management är idag en teori på nedgång. Enligt dess kritiker finns det inga som helst bevis för att den lett vare sig till produktivitetsoökning eller till ökad välfärd. I en värdering som publicerats på Världsbankens egen hemsida beskrivs NPM-reformerna i Västeuropa och andra OECD-länder som ett relativt misslyckande. NPM:s främsta slagord har varit »effektivitet«, men dess grundförutsätt-

ning är att effektiviteten ökar om vinsten maximeras. När det gäller offentlig verksamhet finns det inget som tyder på att den förutsättningen gäller – i själva verket skulle man kunna säga att de flesta aktiviteter som bedrivs i samhällelig regi gör det därför att det inte finns någon direkt vinst att göra.¹⁶

Teorierna må vara passé. Och det är sant att genomförandet av NPM-reformerna i Sverige lika väl som i andra västländer hela tiden modifierats: när kostnadsökningen visat sig bli okontrollerbar eller när de folkliga protesterna blivit för stora. Men strukturerna har redan hunnit ändras. Mellan 1993 och 2003 steg andelen privata hälso- och sjukvårdstjänster från 12 procent till 23 procent.¹⁷ Och i sjukvårdsvardagen halkar praktiken som oftast efter teorin: Beställarsystemen är kvar. Den nya stopplagen förbjuder utförsäljning av akutsjukhus till vinstdrivande företag, men är samtidigt lätt att kringgå. Vård upphandlas fortfarande med skadliga effekter för patientkontinuitet och trygghet. Vårdverksamheter skärs ned därför att man måste betala höjda hyror på en låtsasmarknad till samma vårdgivares fastighetsbolag. Nya byråkratier skapas för att under slagord om »kvalitetssäkring« hålla kontroll över en mer avreglerad sjukvård.¹⁸

Krav på läkemedelsindustrins förstatligande förs inte fram längre, bland annat därför att globaliseringen tycks ha gjort kravet mer meningslöst.

Ny självbild och ändrad vårdarbetarroll

Förändringarna har haft djupgående effekter på sjukvårdens självbild och på hur den uppfattas i samhället. I november 1980 sade arbetsgivarförbundets ordförande Curt Nicolin i en radiointervju följande: »Vill människorna köpa en segelbåt istället för att konsumera sjukvård ska de få det.«¹⁹ Uttalandet citerades glatt av vänsterkritiker som ett drastiskt avslöjande exempel på högerextrema världsbild. Idag skulle ironin inte vara fullt lika begriplig. Sjukvård – i likhet med till exempel kollektivtrafik – har gått från att ses som ett självklart samhällsansvar och en rättighet till en tjänst bland andra tjänster, som man bara kan räkna med om det finns pengar till den och som privata aktörer tillåts att sköta på sitt eget sätt. Vilka konsekvenser det får för vården och omsorgen har insiktsfullt analyserats av Göran Rosenberg i boken *Plikten, profiten och konsten att vara människa* (Bonniers förlag 2003). Och i det här numret av *Tidsignal* publiceras ett bidrag av journalisten *Olle Svenning* om hur den kapitalistiska vinstmaximeringen går ut över rätten till vård. Hans kommentar är särskilt intressant därför att det är ett av skrämmande få exempel på att etablerade svenska media – i det här fallet till och med på ledarplats – uppmärksammat den nyliberala trenden i vården.

Nedskärningarna, de förändrade styrsystemen, privatiseringarna – allt detta har påverkat debattklimatet inom sjukvården.

Vårdarbetarna idag är mer upptagna av den egna överlevnaden och mer rädda för

att uttrycka kritik än deras föregångare på 60- och 70-talen. De är ofta rädda av goda skäl. I marknadsideologins spår har det uppstått en ledarkult, där chefer på olika nivåer ges rätten att handskas med offentliga medel och offentlig serviceverksamhet som sina egna fögderier. Att klinikchefer eller sjukhuschefer avgår eller avskedas har upphört att ha något nyhetsvärde i dagens Sverige. Lojalitet har blivit ett rimligt krav att ställa på de anställda – och då menar man inte lojalitet med samhället, eller vårduppgiften.

NPM-förändringarna har också förändrat vårdarbetarrollen. I en anslagsfinansierad verksamhet kan den vårdanställda försvara patientens behov, visa på förändringar i behoven och med stöd av patientföreningar och allmänheten driva förslag till förbättringar. I en »avreglerad« verksamhet, antingen det gäller intraprenad, entreprenad eller ren privatisering, blir det verksamheten själv och dess medarbetare som får göra prioriteringarna.

De vårdanställda är mer splittrade från varandra idag, sedan individuell lönesättning slagit igenom inom alla yrkesgrupper. Det är långt från Haugsgjerds vision om en gemensam vårdarbetarfront. Fackföreningarna inom vården har efter nedläggningar och rationaliseringar i andra branscher fått en större relativ tyngd – Kommunalarbetarförbundet är idag det största fackförbundet i Sverige. Men det motsvaras inte av en större fackligt-politisk tyngd. I själva verket har vårdacken i Sverige, till skillnad från till exempel i Storbritannien, inte kunnat bjuda något motstånd mot vare sig nedskärningarna eller privatiseringarna.

Stressjukdomar och sjukdomsbegrepp

Trots utbyggnaden av sjukvården och omfattande hälsokampanjer kvarstår stora hot mot folkhälsan, hot som egentligen borde vara påverkbara – vi tänker på sådana folksjukdomar som övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Arbetsmiljöproblemen är lika aktuella som på 70-talet men tycks i den allmänna debatten ha flyttat in i själen. Stressjukdomarna etiketteras idag som utbrändhet, utmattningsdepression eller utmattningssyndrom, och de svarar för en allt högre del av sjukskrivningarna. Under 90-talet skedde en kraftig ökning av de långtidssjukskrivna. År 2002 hade en fjärdedel av de långtidssjukskrivna en psykiatrisk diagnos, oftast stressrelaterad.

Den ökade förekomsten ledde till en intensiv debatt, där många ifrågasatte den nya stressjukligheten. Var det enbart en lyxdiagnos för medelklassen, som uppmärksammades därför att läkarkåren själv kunde känna igen sig i problemen? Är det bara en förskönande omskrivning för »vanlig trötthet« eller för »vantrivsel på jobbet«? I själva verket finns det idag en ökad insikt om att fler sjukdomar än vad man tidigare föreställt sig påverkas av stress och psykosociala belastningar. Visserligen är personer i LO-gruppen fortfarande oftare sjukskrivna för muskel- och skelettbesvär, men det finns samband mellan muskelsmärter och stress. Enligt en undersökning från början av 2000-talet var åtta av tio sjukskrivna vårdanställda sjukskrivna på grund av symtom som kunde bero på stress. Dit räknades då såväl psykiska problem, som besvär från muskler, skelett och leder och hjärt- och

kärlsjukdomar. Inte minst har många vårdanställda drabbats av den ökade stressjukligheten, vilket också påverkat vårdarbetarrollen och de anställdas möjlighet att ifrågasätta utvecklingen inom vården.

Stressforskaren *Aleksander Perski* resonerar i sitt bidrag bland annat kring svårigheterna för människor som genomgått en lyckad behandling på den stressmottagning, där han arbetar, att återvända till den arbetssituation där de kollapsade. De möter en arbetsmarknad med uppskruvad takt, som slår ut dem som inte duger. Risken är stor att de åter hamnar i långtidssjukskrivning, förtids- eller sjukpension. En växande skara människor får inte plats i det pågående samhällsbygget.

Ett historiskt perspektiv anslås i idéhistorikern *Karin Johannisson*'s bidrag om »den moderna tröttheten«, där vår tids stressjukdomar och psykosociala symtom granskas och själva sjukdomsbegreppets samhälleliga och historiska karaktär ställs i centrum.

Den nya sjukligheten väcker således grundläggande vårdideologiska frågor om sjukdomars samhälleliga orsaker. Den allmänna debatten har emellertid i väldigt liten grad handlat om detta. Istället har de sjukskrivna, åtminstone sedan förra valrörelsen 2002, varit utsatta för upprepade attacker med anklagelser för fusk. De etablerade partierna tävlar om att föreslå åtgärder som gör det mindre »lönsamt« att vara sjukskriven.

Socialmedicinaren och försäkringsläkaren *Åke Thörn* utgår från debatten om sjukskrivningarna i sitt bidrag. Han ställer den till synes enkla frågan: »vad är sjukdom?« och visar att svaret inte alls är självklart, och

att det dessutom är i högsta grad politiskt påverkligt. I en tid då ändrade politiska tongångar lett till krav på försäkringskassorna att pressa ned sjukskrivningstalen, ser vi en renässans för ett biomedicinskt sjukdomsbegrepp, där människor ses som maskiner vars reparationer går att enkelt tids- och kostnadsberäkna.

Vetenskapen påverkas av samhället

Det är inte bara Johannisson och Thörn som resonerar kring sjukdomsbegrepp och diagnoser. Temat går som en röd tråd genom flera av texterna i det här tidskriftsnumret. Det är ingen slump: Diagnosen är ett verktyg i medicinen, som ska grundas på vetenskapliga rön, och kunna användas både för att skilja mellan sjukt och friskt, och för att fastställa en riktig behandling. Diagnosen är således central i medicinens anspråk på vetenskaplighet. Att samhället kan skapa sjukdom, och att sjukvården påverkas av den nya ohälsan är tankegångar som många omfattar. Men att själva vårdvetenskapen påverkas av politiska och kulturella förändringar – det är inte lika självklart i en tid som hyllar det vetenskapliga, och där politiker och administratörer vill kunna »upphandla» vård utifrån objektiva kriterier.

Ett breddsida mot tanken att vården utformas oberoende av samhällsförändringarnas tumult gavs av barnläkaren Olle Jeppsson i en artikel i *Dagens Nyheter* i maj 2005.²⁰ I artikeln visade Jeppsson hur den svenska flyktingpolitiken lett till ett alltmer inhumant omhändertagande av så kallade apatiska flyktingbarn. Han hävdade att

vårdarbetarens roll förändras i takt med att den reduceras till att göra tjänster åt statens utvisningsapparat. Han hävdade också att det sker en farlig glidning, när barnpsykiatri i de mest belastade delarna av landet börjar teoretisera kring att dessa barn har andra behov än andra barn. Man kan diskutera om det finns bra vårdmodeller för att vårda apatiska barn i hemmet, eller om det fordras sjukhusvård (och den diskussionen har också fortsatt efter Jeppssons inlägg).²¹ Men kärnan i hans argumentation var att vårdarbetare bör se upp, när tankar om vad som är bäst vård, så uppenbart och snabbt stuvats om under trycket av en kaotisk samhällsutveckling.

På samma sätt granskar läkarna *Annika Forssén* och *Gunilla Carlstedt* hur samhällsliga könsstrukturer påverkar forskningen inom vården. De dissekerar också olika förslag till hur forskningen ska bli mer feministisk, och visar hur komplicerat det är. På senare år har forskning, till exempel kring queerfrågor, mer uppmärksammat maktordningar mellan människor och i samhället. Slutsatsen är att inte bara kvinnoforskning, utan all forskning, är politisk.

I sitt bidrag angriper allmänmedicinaren *Katarina Hamberg* de teorier om biologiska könsskillnader som förts fram under de senaste årtiondena. Hon visar hur den samhällsliga (partiella) backlashen för kvinnofrågor försöker hämta legitimitet från den traditionellt paternalistiska medicinvetenskapen.

Den text av forskarna *Valerie DeMarinis*, *Helen Hansagi* och *Leif Öjesjö* som publiceras, visar å ena sidan att det finns en ökad medvetenhet om att diagnoser inte är

universella. Människors psykiska lidande påverkas och tar sig olika uttryck beroende på samhälleliga och kulturella förhållanden. Å andra sidan visar de också att det rådande diagnossystemet inom psykiatrin leder till fortsatt etnisk diskriminering.

Hur en diagnos kan påverka framtidsutsikterna för den person som får den, tas upp även i psykologen *Alain Topors* bidrag. Han hävdar att den spridda – inomvetenskapliga – myten att schizofreni är obotligt, påverkar psykiatrins och samhällets behandling av personer som fått diagnosen.

Diagnosen schizofreni ifrågasätts också i den nya zeeländske psykologen *John Reads* skarpa debattinlägg. Read går längre och är mer konsekvent i sin kritik än de flesta – han kritiserar inte bara en biologisk sjukdomssyn på schizofreni, läkemedelsindustrins makt och det psykiatriska etablissemanget. Han hävdar att det som många av psykiatrins vårdarbetare ändå sett som progressiva framsteg – som till exempel den så kallade sårbarhets-stressmodellen eller psykopedagogiska behandlingsmetoder – också uttrycker samma i grunden biologiska syn. I den meningen är hans artikel verkligt utmanande, och ställer invanda begrepp på huvudet.

Vården och rörelserna

En lägesbeskrivning skulle kunna lyda: Under trycket av den samhällsutveckling vi beskrivit har det skett en reträtt från tidigare radikala positioner bland vårdarbetare och –teoretiker. De inlägg vi publicerar här är uppfriskande, men undantag. Det är mindre fokus på sambandet mellan

samhälle och ohälsa, och diskussionen om vilket uppdrag det innebär för vården saknas i hög grad.

Det förefaller dystert, men det finns en annan tolkningsmöjlighet. Sociologerna Ron Eyerman och Andrew Jamison beskriver de sociala rörelserna som en kognitiv praktik. Ny kunskap produceras inom de sociala rörelserna, i en gemensam läroprocess och i möten och konfrontationer med andra aktörer. »Den form av medvetande som kommer till uttryck i sociala rörelser bidrar med något avgörande för de moderna samhällena: offentliga rum för att tänka nya tankar, aktivera nya aktörer, generera nya idéer, kort sagt skapa nya intellektuella 'projekt'«. ²²

Vi har redan beskrivit hur vårdradikalismen under 60- och 70-tal utvecklades i ett samhälleligt sammanhang med stora förändringar inom sjukvården och framväxten av nya rörelser. Men hur ser det ut i vår egen tid? Vilka nya kunskaper skapas inom sociala rörelsernas laboratorier?

På många plan finns det idag en mycket större faktisk kunskap och medvetenhet om sociala orsaker till ohälsa. Det gäller till exempel sexuella övergrepp mot kvinnor – vi har kommit en lång väg från Freud och traditionell psykoanalys som ifrågasätter övergreppens existens till dagens flod av vetenskapliga rapporter och populärvetenskapliga böcker. I den senaste nationella folkhälsorapporten räknas våld mot kvinnor för första gången in som ett folkhälsoproblem. ²³ Det gäller också kunskapen och medvetenheten om effekterna av krig och tortyr och vad det innebär för flyktingars och asylsökandes hälsa. Erfarenheterna från

första världskriget fick Freud att skriva sitt mest socialt präglade verk (*Vi vantrivs i kulturen*) och lade grunden till ett av de mest välrenommerade terapiinstituten i världen, Tavistock Institute i London – idag har den insikten vuxit till en hel egen kunskapsgrän. De förändringar i diagnossystemen som beskrivs av DeMarinis med flera är ett uttryck för detta.

Sådana förändringar avspeglar förstas sociala förändringar i global måttstock – krig, hungersnöd, och etniska förföljelser som drivit människor i miljontals på flykt. Men de avspeglar också trycket från nya sociala rörelser på den etablerade medicinen. Så har till exempel såväl den västerländska kvinnorörelsen som erfarenheterna från Vietnamkrigets amerikanska överlevare bidragit till kunskapen om och formulerandet av diagnosen PTSD, posttraumatiskt stressyndrom. Forssén och Carlstedt visar hur kvinnoperspektivet förstärkts inom medicinen som ett resultat av kvinnorörelsen, och hur det förts fram av kvinnliga vårdarbetare och, allt oftare, av kvinnliga forskare.

Kanske är det ingen slump att många av de nya radikala bidragen i den medicinska debatten rör kvinnors och invandrades villkor och möte med vården – snarare än det klassmässiga arbetarperspektiv som var så centralt för sextiotalsradikalerna. Eller man kanske snarare skulle säga att perspektivet fortfarande – åtminstone delvis – är klassmässigt, men att det avspeglar förändringar inom de arbetande klasserna. I ett mångkulturellt samhälle, där kvinnors andel av arbetskraften ökat kraftigt, måste en klassmässigt radikal vårddebatt förhålla

sig till nya grupper av arbetare, med nya hälsoproblem.

Om det finns en »risk« med framförallt invandraperspektivet är att det kan bli mer av ett perspektiv av att »stödja svaga grupper« än ett demokratiskt underifrån-perspektiv. Det saknas starka organisationer av (de gamla) fackföreningarnas typ att förhålla sig till. Å andra sidan var ju de radikala vårdarbetarnas förening med de arbetandes kamp på 70-talet mer en vision än ett genomfört projekt. Om det är något som saknas i dagens vårdpolitiska debatt, utom möjligen just från kvinnoforskarens sida, är det ändå just den typen av ansatser.

En annan social rörelse som utan tvekan påverkat vården och bidragit till att skapa ny kunskap är patienternas egen rörelse.

Dagens vårddebatt har ett påtagligt starkare fokus på patientens rättigheter och delaktighet. Det kan tyckas paradoxalt, men i backspegeln kan 60- och 70-talens radikala vårdreformatorer te sig tämligen paternalistiska i sin övertygelse om att de hade rätt svar. (Och på något sätt är det symtomatiskt att den skola inom psykiatrin som företrädde den mest uttalat patientdemokratiska synen, den miljöterapeutiska skolan, mer eller mindre försvann ur den offentliga debatten – även om delar av dess ideal återuppstått i socialpsykiatris form.) När patientperspektivet idag stärks i vården, är det i hög grad en produkt av den organisering av patientrörelser som påbörjades under 60- och 70-talen. Att förhålla sig positivt till den rörelsen är en nödvändighet för de vårdkritiker, som varken kan acceptera gångna tiders byråkratstyrda vård, eller den nya, alltmer marknadsstyrda. Perspektivet

på en demokratisk styrning, där patienter – brukare – och anställda har något att säga till om även mellan valdagarna blir desto viktigare. Det ställningstagandet får inte skymmas av det faktum att även den borgerliga valfrihetskampanjen lyfter fram »patientperspektivet«; patienten som den informerade kunden som fattar beslut och väljer vård. Eller av den moderna tidens atomiserade »patientperspektiv«: bilden av patienten som ynglingen (jo, det är oftast en ung man) klistrad framför dataskärmen, där han finner egen kunskap att utmana läkarens auktoritet med.

I sitt bidrag skriver Topor i grunden positivt om de senaste årtiondenas avinstitutionalisering av psykiatrin och bemöter ett antal myter om psykiatrin. Det handlar om konfrontationen mellan en samhälllig process som drivits fram av patientrörelsernas och de anhörigas krav på ökade rättigheter och ökad delaktighet, och det etablerades motreaktion. I sin forskning kring återhämtning från svåra psykiska störningar har Topor belyst ett av de perspektiv som kanske mer genuint leder till ökad patientmakt.²⁴ När människor som återhämtat sig efter svåra psykiska störningar går från patientrollen till att bli lärare och deltagare i självhjälpgrupper och kurser i »återhämtning« – då skapas ny kunskap som påverkar psykiatrin i grunden.

Åter till samhällsanalysen

Så kunskaper finns och skapas i samspel med nya sociala rörelser – men stannar ofta inom den egna disciplinen. Förslagen till åtgärder stannar likaså oftast på den enskil-

des eller möjligen gruppens nivå. Det är mycket sällan vi idag ser hur vårdens teoretiker och praktiker gör kopplingen med och engagerar sig i samhällsutvecklingen på det sätt som var »rutin« på 70-talet.

Med det här numret av Tidsignal vill vi bidra till att återuppliva en tradition av att granska sambandet mellan ohälsa, vård och samhälle – och inte bara i de rent fackmässiga forumen utan också i en vänsterdebatt i bred mening. Och det handlar inte om Mao Zedongs eller någon annan gurus tänkande! Inte heller vill vi återinföra de plakatmässiga artikelsluten om att man också måste riva ned hela samhällsstrukturen.

De förslag till lösningar som finns i de olika bidragen får väl snarast ses som första inlägg i en diskussion som alltför länge slumrat. Där finns förslag till förändringar inom vården eller i kontakterna mellan vården och andra aktörer: det kan gälla Thörns tankar om utbildning i ett alternativt sjukdomsbegrepp, eller DeMarinis med fleras förslag om ny psykiaterutbildning kring kulturella frågor. Perski skisserar möjliga åtgärder på en samhälllig nivå, då han förespråkar lönebidrag och en så kallad tredje sektor, som skulle göra det möjligt för människor att återgå i en meningsfull men »olönsam« verksamhet med hjälp av medborgarlön. Vi hoppas att sådana tankar, liksom hela det här numret, ska kunna ha en plats i de sociala rörelsernas laboratorier, för att fortsätta att skapa ny kunskap och formulera alternativa svar på samtidens hälsoproblem.

- 1 Uppgift från dåvarande landstingsdirektören i Örebro, L. Goth Nilsson, citeras i *Anno 69*, Henning Österberg, »Vi måste välja, vilka som skall få sjukvård.«s.336.
- 2 *Anno 69*, s.336.
- 3 Undersökningen citeras i Bo Gustafsson, »Den offentliga sektorns expansion – hot eller löfte? Kan och bör vi spara på sjukvården?» i antologin Anne Hammarström, Urban Janlert (red.), *Hälsa åt alla. Om en socialistisk hälso- och sjukvårdspolitik*, Lund 1982.
- 5 Kommunistiska Arbetarförbundets sjukvårdsgrupp på Sahlgrenska sjukhuset, *Vården – en kapitalistisk sjukdom*, ej daterad men sannolikt skriven kring 1980.
- 6 *Vården – en kapitalistisk sjukdom*.
- 7 Ivan Illich, *Den farliga sjukvården*, Aldus 1975, s.154-156.
- 8 »Sjukvården som hälsorisk«, *Dagens Nyheter* 11 januari 2006.
- 9 »Vårdad till vanvett«, *Pockettidningen R* 1/75.
- 10 *Psykologi och praxis. Uppsatser i psykologins dialektik*. Red. Anders och Monica Johansson. Bo Cavefors 1971, s.11-13.
- 11 *Konsten att dressera människor*, red. C Flordh, L Grosin, R Hedlund med flera. Prisma-debatt 1971, s.19-36.
- 12 Svein Haugsgjerd, *Nytt perspektiv på psykiatrin*, 2. uppl., Prisma 1972, s.208 ff.
- 13 *Nytt perspektiv*, s.238ff.
- 14 *Nytt perspektiv*, s.381-383.
- 15 Socialstyrelsen, *Public Health and Health Care, National Atlas of Sweden*, Stockholm 2000, s.90-92.
- 16 Wolfgang Drechsler, *The Rise and Demise of the New Public Management*, post-autistic economics review, no 33, 14 september 2005, artikel 2. Återfinns på internet,
- 17 *Konkurrensen i Sverige 2005*, Konkurrensverkets rapportserie 2005:1, s.147-148.
- 18 Göran Dahlgren, folkhälsoråd emeritus och gästprofessor vid universitetet i Liverpool gjorde i samband med en konferens i Stockholm i oktober 2005 en analys av vårdens drifts- och ägandeformer. Hans kritiska genomgång av privatiseringen/marknadsanpassningen återfinns i sammandrag på hemsidan för Uppropet för rättvisa och gemensam välfärd, www.gemensamvalfard.se.
- 19 »Citerat från T Bresky, J Scherman, I Schmid, *Med SAF vid rodret. Granskning av en kamporganisation*, LiberFörlag 1981, s.11.
- 20 O Jeppsson, »Omänskligheten tränger sig på«, *Dagens Nyheter* 6.5 2005.
- 21 Se särskilt temanummer om »Apatiska barn«, *Psykisk Hälsa* 3/2005.
- 22 R Eyerman, A Jamison, *Social Movements: A Cognitive Approach*. Pennsylvania State University Press, University Park PA 1991, s.161. Vi har Kjell Östberg att tacka för att han fäst vår uppmärksamhet vid Eyermans och Jamisons arbete, och vi har lånat beskrivningen och citatet från hans bok *1968 när allting var i rörelse*, Prisma 2002, s.21-22.
- 23 Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2005*, Stockholm 2005.
- 24 A Topor, *Återhämtning från svåra psykiska störningar*, Natur och Kultur 2001.

Den moderna tröttheten

Från överansträngning till stress, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet

Karin Johannisson

Diagnoser avspeglar mer än fysiologiska och biokemiska händelser i kroppen. De är ett uttryck för samtidens kulturella värderingar och sociala koder, människosyn, klass- och könsstrukturer och förväntade relationer till samhället och samhällets riktning. En sjukdom uppstår som en förhandling mellan olika aktörer, skriver Karin Johannisson, professor i idé- och lärdoms historia i Uppsala och välkänd författare till ett antal böcker om sambandet mellan samhälle, kropp, kön och medicin (bland andra *Medicinens öga: Sjukdom – medicin och samhälle – historiska erfarenheter; Nostalgia: En känslas historia; Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar*).¹

Vid ett möte i november 1900 med den brittiska Föreningen för medicinsk psykologi diskuterades tidens skenande psykiska sjuklighet. Man hänvisade till tre huvudorsaker: ärftlighet, yttre och inre förgiftning samt stress. Att stress var en utlösande faktor hade demonstrerats av djurförsök där råttor placerats under extrema stressituationer i så kallade hjulburar.

Generellt kunde den sjukdomsframkallande processen beskrivas som ett bortfall av energi, det vill säga som ett förlustfenomen, konstaterade doktor Symes Thomson. »Om sjukdomen alltså handlar om en sjuklig energiförlust, om det handlar om ett tillstånd där faran ligger i stress«,

måste vi hitta relevanta behandlingsformer. »Vi ser många vars nervsystem kommer att trasas sönder om de inte avlägsnas från den stress under vilken de lever, antingen det handlar om aktiebörsen eller någon annan professionell aktivitet där 1800-talets press är mycket intensiv.«²

Likheten mellan sekelskiftena 1900 och 2000 är slående i relation till upplevelsen av en växande psykisk ohälsa. Bägge tidpunkter definierar samtiden som präglad av stark förändring, intensifierat informationsflöde, snabba kommunikationer och stora krav på den urbana människan – allt i en snurrande marknadskultur. Vid bägge tidpunkter uppstår nya diagnoser

som namnger och legitimerar de symtom på inre vantrivsel som samtidsmänniskan visar i en starkt konkurrens-, prestations- och tempopräglad kultur.

På denna punkt i berättelsen skulle man kunna suggerera fram föreställningar om sekelskiftessjuka eller förföras till kulturella mytbildningar. Som punkter i tiden är sekelskiftet givetvis inte märkligare än andra. Vad som däremot förenar de båda sekelskiftena tycks vara den accelererade förändringstakten, det vill säga att själva förändringen går snabbare än under föregående period. Denna acceleration kan beskrivas på ett mätbart plan, men också på ett upplevt. Här riskerar den att automatiskt skapa känslor av otillräcklighet, rastlöshet, av att inte hinna med mentalt, psykiskt och känslomässigt. Också det som finns i minnet, vanan, kroppens präglings hotar att lösas upp och försvinna. Just detta har tillhört modernitetens framsida: förväntningen på människan att vara gränslöst förändringsbar, anpassningsbar, plastisk, flexibel och framåtriktad.

Ett konkret sätt att relatera förra sekelskiftets upplevelse av psykisk stress till det senaste sekelskiftets är att jämföra två medicinskt och kulturellt legitimerade diagnoser som – inom sin respektive samtidkontext – anses spegla onormal trötthet: neurasteni (nervtrötthet) och kroniskt trötthetssyndrom.

Men syftet är inte i första hand att finna absoluta likheter (något som skulle bygga på föreställningen att sjukdom kan reduceras till historiskt neutralt fenomen), utan att undersöka hur sjukdomsbilder byggs upp och vilka inomvetenskapliga och kul-

turella förklaringsmodeller som samverkar. Ytterst innebär det också ett nytt sätt att närma sig den komplicerade process genom vilken diagnoser skapas.

Överanstängning och det moderna samhället 1900

Under 1800-talets andra hälft genomgick Västeuropa en dramatisk samhällsomvandling.

Industrialisering, en expanderande kapitalmarknad och massinflyttning till städerna skapade nya sociala strukturer och mönster för mänsklig kontakt. Ny teknik representerade en förändrad livsmiljö. Kring elektrifieringen, telegrafens och telefonens uppstod särskilda myter, riskscenarion och sjukdomsbilder. Nya kommunikationer – järnväg, spårvagn, så småningom bilen – markerade känslan av att tid var kapital. Inte minst järnvägsresandet ansågs bära på särskilda risker. Den psykiska stressen symboliserades av själva farten, av tågvaagnens skakningar, vibrationer och plötsliga stopp, men också av järnvägsstationernas hets och brådska. Tidtabeller, trängsel, högtalarutrop, varningsklockor – allt skapade tillsammans med stadens myller och hets en okontrollerad ström av sinnessensationer, ett flöde av bilder, ljud och pockande tidsmarkörer.

Till denna upplevelse av ett hektiskt stadsrum fördes en rad vetenskapliga teorier kring det moderna samhällets effekter på den sårbara individen: evolutionsteorin som i socialdarwinistisk tappning påminde om den nödvändiga kampen och konkur-

rensen för överlevnad, teorin om energins konstans som hävdade att individens energimängd var begränsad, och olika civilisationsteorier som såg alienation och fragmentisering som framstegets ofrånkomliga pris.

Sekelskiftets alla stora kultursociologer – Georg Simmel, Émile Durkheim, Ferdinand Tönnies, Max Weber – pekade på de inre konflikter som uppstod när gamla livsformer ersattes av nya, och människan utkastad ur invanda tryggheter och värdegemenskaper svävade fritt i en formlös värld. Många talade om en växande trötthet. Pierre Janet, som skulle bygga i stort sett hela sin psykologiska teori på uttrötningens problem, tolkade denna trötthet som ett symptom på en gigantisk alienation. Andra hänvisade till civilisation och evolution som sensibiliserande processer. Om individen inte hade möjlighet att skydda sitt sårbara jag från alltför snabb förändring och kulturell chockverkan, blev smärta resultatet. Den svenske psykiatrikern Viktor Wigert skulle tala om den särskilda *mimosakaraktären*, de sårbara som »reagera starkt för varje vidröring av det brutala livet». ³

Situationen framställdes som allvarlig: läkarnas väntrum fyllda av stressade, överanstängda och plågade samtidsmänniskor. Deras fallberättelser skulle i stort sett ojusterade kunna kopieras in i ett nutida scenario:

Köpman, lider sedan år av sömnlöshet, ångest, känsla av att huvudet pressas samman.

«Jag arbetar träget från klockan 8 på morgonen till klockan 10 på aftonen. Jag har knappast tid att äta; vanligen äter jag på

stående fot kallnad och smaklös mat. Om kvällen klockan 10 är jag så trött, att det är med stor svårighet jag orkar avsluta mina böcker. Under natten surra dagens affärer om i mitt huvud, så att jag knappast förr än fram emot morgonen får njuta någon hvila. Då jag stiger upp, är jag genomtrött och får lof att dricka några glas konjak för att åter bli arbetsför.»

Ung affärsman, lider av sömnlöshet och torgskräck, sedan månader oförmögen till intellektuellt arbete.

«Vi arbeta från 8 på morgonen till 8 på kvällen och ha blott en kvart att äta frukost. På kvällen, sedan arbetet är slut, äro vi några unga män, som träffas på ett kafé, där vi äta och dricka gladeligen till klockan 2 eller 3 på morgonen. Jag sofver aldrig tillräckligt ... Då jag reser i affärer, reser jag på nätterna för att kunna använda dagarna.» ⁴

En svensk läkare kommenterar fallen. Det handlar om överanstängning till följd av överarbete och för lite vila. Det moderna storstadslivet lägger intensiv press på individen. Konkurens och kamp om synlighet dominerar ekonomi, industri, konst och vetenskap. Alla vill tränga sig fram. Man arbetar intensivt för att nå framgång, men väl där upplever man mest trötthet och tyngande ansvar. För att distrahera sig kastar man sig ut i nöjesliv, upplevelser och hektiskt resande. Just denna kombination av överanstängning och överstimulering skapar sjukdom. Överanstängningen är mental, i första hand intellektuell, men kan också utgå från långvarig oro, personliga olyckor, motgångar och besvikelser. ⁵

Tesen är alltså att själsarbete uttömmar kroppen. Överanstängning är ett sjuk-

domsframkallande tillstånd omedelbart relaterade till en livsstil präglad av överförbrukning av mental energi.

Trötthetens problem

Överanstängningsteorin är helt central i den vetenskapliga, medicinska och massmediala kulturanalysen kring sekelskiftet 1900. Tillsammans med degenerations-tanken spelar tröttheten rollen av framstegets ständigt närvarande hämndgudinna. En mycket stor litteratur dekonstruerar relationen mellan samhälle, uttröttnings och sjuklighet.

Analysen är konstruktiv. Tröttheten betraktas som tecken på kroppens vägran att böja sig för det moderna industrisamhället. Den identifieras varken med depression, sjukdom eller arbetsovillighet, utan uppfattas snarare som en gräns, till och med ett slags uppvaknande, en kroppens sunda signal för behovet av vila och återhämtning. Om trötthet kan tolkas som jagets naturliga motstånd mot produktivitetens krav, pekar samma tolkning på nödvändigheten av att skapa en bättre ordning för människan i industrisamhället.

Alltså: uttröttnings representerar gränsen för individens fysiska och psykiska förmåga, men också den gräns som samhället inte kan överskrida utan att motverka sina egna intressen.⁶

Överanstängningsteorin var en rent fysiologisk teori hämtad från termodynamikens två första lagar, det vill säga den om energins konstans och den om energins »utsippring« genom värmeförlust (entropi).⁷ Överförda från ett fysikaliskt

till ett fysiologiskt plan fick de status som vetenskaplig förklaringsmodell för den sårbara relationen människa/samhälle. Logiken var följande: kroppen förfogar över en bestämd mängd livsenergi. I den friska kroppen är denna energi jämnt fördelad, men med särskilda depåer i områden som hjärna, matsmältningsapparat och kön – som i sin tur står i inbördes »reflexförhållande« till varandra.

Överkonsumtion i någon del innebär att andra delar »svälter«; enligt denna logik riskerar alltså intellektuell kraftuttömning att skapa spontana störningar i sexualliv och matsmältning. Varje ansträngning tär på det en gång för alla givna energikapitalet, underskott uttrycks som sjuklighet. Kontinuerlig yttre påfrestning riskerar att skapa en irreversibel utsippring av energi, ett slags själens och kroppens långsamma värmedöd.

Tröttheten hade alltså en unik förmåga att översätta en yttre problematik till inre nivåer och göra kroppen till den punkt där en större samhällsproblematik kunde studeras. Under seklets sista decennier utvecklades vad Robert Nye har kallat »den medicinska modellen för kulturell kris«, uppbyggd antingen kring degenerations-temat eller just överanstängningstemat.⁸ Via olika mätmetoder försökte läkare och fysiologer överföra individens svar på social stress till medicinsk vetenskap. Som konkreta fysiologiska tillstånd kunde trötthetens former och grader – från uttröttnings till utmattning, överanstängning och sammanbrott – ringas in. Till en början uppfattades också dessa tillstånd som objektiva, mätbara och möjliga att åtgärda. Wilhelm

Weichardts sensationella kungörelse 1904 att han funnit ett vaccin mot trötthet blev en besvikelse, men var ett uttryck för tidens utopiska vetenskapstro.

Fram till 1870-talet hade *trötthet* knappast uppmärksammats som ett medicinskt problem annat än som randfenomen i olika depressiva tillstånd som melankoli, nostalgi, ennui, spleen eller acedia. Vid sekelskiftet 1900 fanns hundratals studier av muskeltrötthet, nervös utmattning, hjärntrötthet, asteni och nervtrötthet. Också i Sverige slår överansträngningsteorierna igenom i den medicinska diskussionen på 1870-talet.⁹

Två huvudarenor identifierades för trötthetens problem, den ena kopplad till industriellt arbete, den andra till intellektuellt. Den *första* utgick från en välkänd 1700-talsmetafor: människan-maskinen. Den mänskliga kroppen och fabrikenas maskin var båda en motor som omvandlade energi till mekaniskt arbete, men som i tillstånd av obalans, utmattning eller överhettning beskar sin egen effektivitet.

En rad laboratoriestudier kring den arbetande kroppen inleddes, bland annat försök att med hjälp av särskilda instrument – *ergografen* som mätte muskeltrötthet och *esthesiometern* som mätte hudens känslighet för beröring – registrera mycket små förändringar i trötthetens fysiologiska förlopp under ett bestämt arbetsmoment. Kring sekelskiftet hade vetenskapsmän i Tyskland, Frankrike och Italien (i England tycks intresset ha varit mindre, kanske på grund av en lång tradition av puritansk arbetsetik) undersökt en rad aspekter av uttröttnings, liksom trötthetens roll i olyckor, sjukfrånvaro och »måndags-depressionen«

(blå måndagen). Genom alltmer förfinade mättekniker hoppades man att efterhand kunna frilägga principen för kroppens energisystem, bestämma rörelsers ekonomi och metoder att organisera förbrukningen av både muskelenergi och nervenergi. Inte minst gällde det att fixera den kritiska skillnaden mellan uttröttnings och överansträngning. Denna skillnad definierade också gränsen mellan det normala och det patologiska, eller mellan förmåga respektive oförmåga till återhämtning genom vila.

Den *andra* arenan kopplades till grupper som representerade högförbrukning av mental energi: skolbarn, studenter och intellektuella, det vill säga »hjärnans arbetare«. Över hela Europa, också i Sverige, rapporterades en dramatiskt ökad sjuklighet bland skolungdomen i form av försämrad syn, sömnproblem, anemi, kloros (äldre benämning på anemi, »blodbrist«) och näsblod. I Frankrike talade man om en epidemi av överansträngning och intellektuell utmattning utlöst av decennier av undervisningsreformer i kombination med mordiska krav (*l'éducation homicide*). Med hjälp av ergografen försökte man påvisa att intensiv mental ansträngning – till exempel att memorera latin eller vers – också skapade muskeltrötthet. En stressad hjärna kunde likaså producera rastlöshet och mental hyperaktivitet som satte märken i individens karaktär och personlighet.

Från dessa utgångspunkter framstod uttröttnings som ett strategiskt tröskelvärde för mänsklig begränsning. Trötthetens problem var ett samhällsproblem som måste föras in under medicinens, teknikens, pedagogikens och politikens ansvar. Läkare,

fysiologer och socialhygieniker kunde uppträda i nya expertroller samtidigt som fabriken, kontoret och skolan blev platser för en ny typ av övervakning genom tidsstudiemän, kontrollanter, inspektörer.

Samtidigt befästes en bestämd klasspolitisk hierarki mellan kroppsarbetarens och den intellektuella arbetarens trötthet. Mentalt arbete var mer energislukande än tungt industriarbete eller mekaniskt kontorsarbete. Hjärnstressens påverkan på kroppen var alltså större än belastning direkt mot kroppen. I sådana distinktioner bekräftas en urgammal ordning mellan kropp och själ, men också mellan de privilegierades trötthet och de andras. När Marx påpekade att utsugning och maktlöshet skapade just trötthet, blev hans röst hängandes mellan de politiskt gångbara tolkningsmodellerna. (En arbetarkvinna kunde alltså inte bli överansträngd, möjligen utsläpad, ett begrepp med dov klang av underklass ända fram till 1900-talets mitt.)

Tröttheten – som uppmätt fysisk reaktion och som socialt skapad föreställning – kom därmed att ingå i flera olika diskurser: arbetsorganisatoriska, socialmedicinska, yrkesmedicinska, civilisationskritiska. Som indikator på kroppens och själens tillstånd i ett bestämt modernt tidrum framstod överansträngning som ett tillstånd av överväldigande samhällslig och medicinsk betydelse. Det gällde att skydda individen från överarbete, men också från överstimulering. Särskilt i den febriga storstadsmiljön riskerade mental uttröttningsatt spontant kompenseras med ett lika energislukande njutnings- och konsumtionsbegär: lyx i fråga om

inredning, kläder och mat, extravagans i förhållande till kroppens, könets och sinnenens njutningar. Vissa hävdade till och med att det moderna samhällets förtunnade nervenergi kunde definieras som ett särskilt psykofysiologiskt tillstånd (ennui) som förklarade de konstnärliga särdragen i europeiskt *fin-de-siècle*. Enligt sådana tolkningar låg individuell och kollektiv trötthet – inte estetik – bakom subjektivismen, formexperimenten och det nostalgiska tillbakablickandet, liksom bakom drogkulten och könsöverskridningarna inom homo-sex-, dandy- och bohemkulturerna.

Nervtrötthet (neurasteni)

Bland överansträngningens effekter framträdde ett sjukdomstillstånd särskilt: neurasteni. Det representerade mental uttröttnings i sin optimala form.

Namnet skapades 1869 av den amerikanske läkaren George Beard för »de former och typer av nervös uttröttnings som härrör från hjärna och ryggmärg« och definierades som bortfall av nervenergi.¹⁰ Diagnosen preciserade och samlade upp det diffusa spektrum av lidanden som tidigare karakteriserats som nervösa: neuros, ryggmärgslidande, hysteri, hypokondri. Den kunde delas upp i ett antal subtyper – till exempel de cerebrala, sexuella, traumatiska – och inneslöt ett mycket stort antal symtom (Beard nämner själv ett åttiototal) – från huvudvärk, sömnproblem, feberkänsla, vandrande smärtor och sensibilisering av alla sinnesorgan till ångest, melankoli och en lång serie fobier. Han hävdade att tillståndet var relaterat till den moderna

livsstilen och i första hand drabbade de högpresterande grupperna i civilisationens front: affärsmän, börsmäklare, tjänstemän och intellektuella. Neurasteni var alltså en kultursjukdom närd av själva moderniseringsprocessen som innebar att individen blev samtidigt aktiverad, överstimulerad och dränerad på energi.

Diagnosen spreds raskt till Europa, där den inledde en intensiv karriär. I Sverige introducerades den i medicinalstyrelsens sjukdomsklassifikation 1890 och rusade snabbt upp i höga siffror. Den är ett lysande exempel på vad som kan kallas en sjukdoms institutionalisering: när diagnosen väl finns – som namn och som föreställning – medicinskt och kulturellt legitimerad och massmedialt exponerad, tenderar den att också att dra till sig bärare av den typiska symtombilden.

Neurastenin definierades generellt som reducerad nervenergi uttryckt som kronisk trötthet som hejdade eller sackade hjärnans, psykets, känslolivets och kroppens aktivitet. Neurastenikern överväldigades av kraftlöshet, emotionell instabilitet, plötslig svaghetskänsla i benen, dramatiskt minskad aktivitet, oförmåga att ta sig ur sängen. Man registrerade den minskade förmågan till koncentration, uppmärksamhet och lyssnande; (som mätinstrument användes utöver estesiometern som mätte känsligheten för beröring, *audiometern* som mätte »tillståndet av distraktion«). Minnesproblem noterades som ett generellt drag för neurastenikern, till och med svårigheter att minnas sina egna symtom. Vad som likaså slog många läkare var att energiförlusten tycktes utlösa en rad emotionella trötthets-

symtom vad gällde förmåga att känna sorg, engagemang och empati.

De vetenskapliga tolkningsmodellerna hämtades ur samtidens tillgängliga reper-toar. Tre teorier dominerade: den elektriska nervenergin, ärftlighetsläran och evolutionen. Den första innebar att »nervösa vågor«, analogo med elektromagnetiska vågor, skapade en kontinuerlig cirkulation av nervenergi i kroppen; neurasteni uppkom genom en »minskning av den specifika energin i omvänd proportion till individens hela energikapital«. (Som behandlingsmetod för neurasteniska patienter föreslog Beard också elektroterapi – delvis drastisk och påminnande om modernare tiders elchocker.)¹¹ Ärftlighetsteorin kunde förklara variationer i nervkraft mellan individer eller mellan klasser, och evolutionsteorin en ökad sensibilisering (och likaså en ökad känslighet för smärta). Vad gäller *utlösande* orsaker tävlade sociokulturella och miljörelaterade modeller om tolkningsföreträdet: sjukdomen som en följd av intellektuell överansträngning, modernitetens hektiska livsstil eller av yttre och inre förgiftning som startade patologiska processer i ämnesomsättning och nervsystem.

Jämförelser mellan å ena sidan friska men mentalt uttröttade personer, å den andra neurasteniska patienter visade att det handlade om en gradskillnad, inte en artskillnad. Detta tycktes förklara neurastenins exklusiva begränsning till de intellektuella yrkena, det vill säga, till sociala kategorier vars uppdrag engagerade dem i hjärnarbete. I neurastenediagnosen synliggörs hur en rad ras-, klass- och könspolitiska värden infiltrerar den medicinska vetenskapen. Att

neurasteni skulle kunna drabba »vilden« betraktade Beard som absurt (»Hon läser icke, hon skrifer icke, hon räknar icke. Hon har ingen framtid, utan endast en samtid ... hon är som en brasa, ett batteri, en klocka«). Men andra, till exempel Charcot, menade att också arbetarklassens individ kunde drabbas, särskilt i samband med smärtsamma känslomässiga upplevelser eller konflikter med en ny och artfrämmande teknik. Kategorin »traumatisk neurasteni« reserverades i allmänhet just för arbetarklassen. Könsaspekten vållade problem, särskilt som diagnosen i bland annat Sverige tenderade att bli en kvinnoangelägenhet. Eftersom intellektuell överansträngning inte kunde kopplas till kvinnan, tvingades man laborera med kvinnospecifika förklaringsmodeller. Många utvecklade temat hur de övre samhällsskiktens kvinna, infångad i den sociala konventionens tvångsmässighet, långsamt dränerades på energi för att slukas av trötthet, kraflöshet eller smärta.

Patienterna delades generellt sett in i två huvudtyper: de depressiva, svårnåbara och ickeverbala, och de exalterade, kommunikativa och talande. De kunde också sorteras via två huvudtyper av symtom: främst psykiska eller främst somatiska (kroppsliga). De senare utgjordes av ihärdig huvudvärk, känsla av att huvudet pressas samman (vad Charcot kallade *galeati*; av *galeatus* = den som bär hjälm), neuralgisk ryggsmärta, neuromuskulär asteni, dödande trötthet, ökad känslighet för tryck mot huden. Den beskrivningsmani som utmärker neurastenilitteraturen är påtaglig; det är som om minsta symtomglidning, varje tecken måste

registreras. Också patienterna beskrivs som starkt upptagna av minsta detalj, ständigt producerande allt mer elaborerade självdiagnoser.

Neurastenin framstod inte som en artspecifik sjukdom, utan som ett slags instabilt spegelsystem av andra sjukdomar. Detta spegelsystem tycktes i sin tur reflektera sjukdomens provokativa identitet: att inte lämna någon del av jaget orörd. För läkaren byggde de neurasteniska symtomen upp ett slags kroppstext där hans uppgift var att tolka och skapa mening åt patientens sjukdomsupplevelse. På samma sätt som en kritiker inför en abstrakt modernistisk bild gällde det att urskilja strukturen i ett kaos av tecken och figurer; också det absurda och skenbart obegripliga måste tas med. Men här skymtar också en djupare fascination inför sjukdomsbildens karaktäristiska svängningar mellan hyperaktivitet och hypertrötthet. Det var som om man försökte lokalisera en »andra ordning« i neurastenin, bortom själva etiologin, ett slags eget samtidsrelaterat och modernistiskt symptomiskt talande. Tesen att individens kropps- och sjukdomsspråk – hennes översättning av inre fysiologiska och psykologiska händelser – formas av den kulturella kontext och den sociala position i vilken hon lever, är knappast ny.¹²

Kring sekelskiftet 1900 tycktes läkare och psykologer desperata över neurastenis extremt mångfacetterade symptom-bild. Namnet *asteni* föreslogs för att skilja ut »energisjukdomarna« ur det större neurastenibegreppet. Många av neurastenis psykiska symptom hamnade på ett besvärande sätt utanför den fysiologiska förstå-

elsemodell som kunde förklara fysisk och mental utmattning. Gränserna mellan olika uttröttningsstillstånd måste fixeras; de raka fysiologiska förklaringarna återerövrades från de komplexa neuropatologiska.

Asteni definierades alltså inte i relation till en större sociokulturell scen, utan som de fysiologiska effekterna av en bestämd energiförlust. Därför tillbakavisades de klassiska behandlingsformerna vila och skonande. Läkare skulle inte råda sina trötta patienter att hålla sig borta från arbete och aktiviteter. Tvärtom, bara genom att mobilisera den inre energiresursen och återvända till arbetet, kunde de återerövra kraft och hälsa. Huvudstrategin var att träna den mentala motståndskraften: att motstå och avleda den undermedvetna ström av bilder, associationer och fantasier som tog kommandot över jaget när energipåslaget var lågt.¹³ Det innebär att den »mjuka« terapin ersätts av »stränghetens« terapi. I patientläkarmötet innebär det också att läkarens äldre förståelseperspektiv bryts av en ny moraliserande röst, en tendens som skulle förstärkas under 1900-talets första hälft.

Studierna av trötthetens problem underströk alltså betydelsen av energins ekonomi, det vill säga av jämvikt mellan individens energikapital och det yttre rummets krav. *Utmattning* definierades som »ackumulation av uttröttningsgrad med gradvis förmåga till återhämtning« och *överansträngning* som ett tillstånd där förmågan till återhämtning genom vila var utslagen. Tillstånden fungerade som ett slags regulatorer för arbetskapaciteten på samma sätt som en maskin övervakades för att inte överskrida sin tillpassade rytm och kapacitet. Att driva

maskinen över sin förmåga var varken effektivt eller rationellt. Snarare gällde det att öka effektiviteten genom att i enlighet med »minsta ansträngningens lag« identifiera den optimala balansen mellan in- och utflöde av energi.

I relation till industrisamhället kunde man alltså se på tröttheten på två sätt. Som kroppens spontana motstånd mot modernitetens och de nya arbetsstrukturernas krav, eller som ett gränsvärde som tvärtom utvecklade och förfinade effektivitet och produktivitet.

När den modernitetskritiska diskursen tappat mark några decennier in på 1900-talet, och det moderna välfärdssamhället skymtar bakom en sagolik industriell expansion, frikopplas också tröttheten från sin roll i den politiska kulturalanalysen. Från en större samhällsscen förflyttas den in i olika inomvetenskapliga rum. Som problem relaterat till produktion och arbetsorganisation förs den till arbetsmedicinen, yrkesmedicinen eller miljömedicinen. Som symptom på bakomliggande händelser i kroppen förs den till virologin och immunologin. Som uttryck för melankoli och otillräcklighet försvinner den in i psykiatrin.

Mellan nervtrötthet och kronisk trötthet: stress

Sekelskiftet behandlade alltså »trötthetens problem« inom en rad kulturalanalytiska och vetenskapliga diskurser som gav status, legitimitet och forskningsresurser.

Efter första världskriget knyts samma problem främst till en arbetsvetenskap präglad av industriell expansion och tay-

lorismens tidsstudier, under 1940- och 50-talen till militära behov, ökad flygtrafik och rymdforskning, och under 1900-talets senare hälft till olika säkerhetsfrågor relaterade till flyg, trafik och olycksfall.

Som mental uttröttning relaterad till yttre press förskjuts problemet till psykiatrin, där det också ägnas viss uppmärksamhet. Under 20- och 30-talen är neurasteni ännu gångbar som paraplydiagnos. Man skiljer i allmänhet mellan den *konstitutionella* neurastenin kännetecknad av kronisk nedstämdhet och abnorm uttröttningsbarhet med koncentrationssvårigheter och minnesluckor, den *förvärvade* »som drabbar även den psykiskt välbalanserade såsom följd av överansträngning« samt *studieneurasteni*, kraftuttömning kopplad till intellektuell uttröttning.¹⁴ Som en särskild kategori definierades också den *feminina* neurastenin »som utmärkes av den ytterliga intensiteten av nedstämdhet... och av kraftlöshet. Patienterna äro bokstavligen utan kraft och utan mod, oförmögna att taga itu med sina vanliga sysslor ... De kunna icke gå; några ha stor möda att hålla sig upprätta ... somliga äro ständigt sängliggande.«¹⁵ I samband med kvinnoneurastenin noterade man generellt inslag av tyngre passivitet och kraftlöshet i kombination med en muskelasteni som man annars sällan såg.

Också inom psykiatrins väggar kunde tröttheten tolkas inom skilda modeller. Den neurasteniska tröttheten har ingenting med överansträngning att göra, skrev till exempel den svenske psykoanalytikern Poul Bjerre 1924. Arbetsprestationen och den yttre arbetssituationen spelar liten roll jämfört med det »inre komplexarbetet«,

det vill säga kampen för att hantera inre impulser, felaktiga val, motgångar, osäkerhets- och mindervärdighetskomplex. Det väsentligaste och mest ödesdigra i den neurasteniska tröttheten är mekaniseringen, det vill säga »tendensen att ... ständigt söka bekräftelse på sin egen svaghet som placeras i en fysisk åkomma som i sin tur legitimerar sjukrollen.« Individens lever på en social kraftomsättning som motsvarar ämnesomsättningen; hon behöver ständigt tillflöde av energi. Därför är den relevanta behandlingen inte vila, utan aktivitet; den trötta måste matas med »nya intryck, nya förpliktelser, ja varför inte nya konflikter.«¹⁶

Men på den offentliga arenan har trötthetsproblemet ingen status. Det är som om det ligger och vilar i skuggan av 1900-talets stora välfärdsprojekt och utopiska drömmar. Min generella tes att vissa sjukdomsbilder är speglar av samhället eller – annorlunda uttryckt – att subjektiva kroppsliga upplevelser översätts i de uttryck som samhället, kulturen och den sociala positionen legitimerar – kan också tillämpas i ett slags scenario av icke-bekräftelse: tröttheten, alienationen och tillbakalängtan rymdes inte i ett 1900-tal präglad av framstegstro och en allt större rationalisering av livsvärlden.

Ett begrepp som – på denna makronivå – tycks bättre anpassat till ett samhälle präglad av rationalisering, effektivisering och löftesrikt dunkande maskiner inom ramarna för en kollektiv välfärdsutopi, är *stress*.

Ordet förekom alltså redan vid sekelskiftet 1900 med ungefär samma innebörd som det har idag, men utan definierade

fysiologiska komponenter. Det hade heller ingen riktig genomslagskraft och konkurrerades ut av begreppet *nervositet* som rymdes inom en tydligare nervpatologisk förklaringsmodell. Nervositet betecknade på samma sätt som stress ett generellt tillstånd av oro, irritabilitet och påfrestning. På samma sätt beskrevs det också som ett tillstånd negativt kopplat till yttre prestations- och anpassningskrav.¹⁷

Stressens effekter på hälsan uppmärksammades alltså tidigt. Men det förblev svårt att definiera vad tillståndet »var gjort av« liksom hur det verkade rent fysiologiskt. På 1940-talet lanserades det moderna biologiska stressbegreppet av den kanadensiske fysiologen Hans Selye. Utgångspunkten var iakttagelsen av ett generellt fysiologiskt reaktionsmönster, en sjukdomskänsla (»attvara-sjuk-syndromet«) som återfanns i sinner mellan mycket skilda sjuktillstånd. Han inledde metodiska studier av hur individer reagerade på fysisk och mental påfrestning och delade in kroppens försvars- och anpassningsreaktioner i tre huvudfaser: alarm, motstånd och utmattning. Denna dialog mellan yttre press och inre svar kallade han *stress*. Termen väckte till en början motstånd just därför att den associerades med nervös spänning.¹⁸

Parallellen mellan tillstånden nervositet och stress tycks också stark. Stress definieras som ett tillstånd av obalans »mellan de krav en individ upplever och förmågan att motsvara dem, alltså ett slags fysisk och mental belastning«. Inom den nervpatologiska diskursen hade samma förhållande uttryckts så här: »Om missförhållande finns mellan fordringarna på vårt nervsystem och

detta produktionsförmåga, så inträder nervositet«. ¹⁹ Varken nervositet eller stress definieras som sjukdom, inte ens som sjukdomsliknande tillstånd, däremot som orsak till sjukdom. Båda griper i hög grad in i de diagnoser som den egna samtiden namnger och legitimerar: neurasteni, nervtrötthet, kroniskt trötthetssyndrom, utbrändhet.

Kroniskt trötthetssyndrom

Sedan neurastenin under 1940- och 50-talen tappat mark som diagnos, blev det medicinska trötthetsproblemet liggande under flera decennier i väntan på nya legitimerande namn. I första hand kopplat till en neurotisk, astenisk eller depressiv personlighet, eller till en kvinnlig identitet, saknade det all social status. På samma sätt blev »överansträngning« och »det nervösa sammanbrottet« exponerade i en halvt vetenskaplig, halvt mytologiserad dimension som utlevande reaktioner utanför den förväntade normaliteten.

Först det sena 1900-talet lyfte fram tröttheten och överansträngningen under nya medicinskt legitimerande namn: *kroniskt trötthetssyndrom* och *utbrändhet*.

Brytpunkten kan bestämmas till 1980-talet. Sommaren 1987 rapporterades om en ny märklig sjukdom, populärt kallad yuppiesjukan men snart försedd med ett värdigare namn: kroniskt trötthetssyndrom. Efter vad som tycktes vara ett akut utbrott i Lake Tahoe-distriktet i Nevada, USA, kom sjukdomen att knytas till gruppen högtbildade unga i karriären (därav smeknamnet yuppiesjuka; yuppie = young urban professional). Sjukdomen mobilise-

rade stort massmedialt och vetenskapligt intresse och spreds – på samma sätt som en gång neurastenin – snabbt till Europa.²⁰

Förklaringen knöts huvudsakligen till två vetenskapliga modeller med hög aktualitet i samtiden: den virologiska och den immunologiska. Bägge kunde kombineras med livsstilsfaktorn som utlösande orsak. Den virologiska föreslog infektion av så kallad Epstein-Barrvirus, alternativt annan virusinfektion, till exempel herpes, borrelia eller något ännu inte isolerat virus. Den immunologiska modellen – att det handlade om ett försvagat immunförsvar – pekade först mot likheter med 80-talets stora mardröm, aids, men därefter mot olika yttre och inre toxiner. Båda förklaringsmodeller speglade det sena 1900-talets dramatiskt ökade riskmedvetenhet kopplad till smitta och förgiftning från den yttre miljön. Kliniska ekologer hade tillsammans med skilda ideologiska grupperingar också äntrat den diagnostiska scenen med en rad föreställningar om den moderna livsstilens hot mot hälsan: överanvändning av antibiotika, kemiska tillsatser, högt raffinerad eller genmanipulerad mat, förgiftning ur luft, jord och vatten, utsöndring ur metaller, hotfull strålning från elektromagnetiska fält och bildskärmar. (Kanske är detta framtidens stora förklaringsmodell för sjukdom – i full enlighet med erfarenheten av sjukdomsbildernas kulturberoende.)

Det har hävdats att kroniskt trötthetssyndrom inte är annat än den gamla neurastenin i ny dräkt. I centrum finns i bägge fall den stora tröttheten. Medan neurasteni ansågs lida av reducerad nervenergi till följd av yttre påfrestning,

anses den kroniskt trötta lida av virusattack eller försvagat immunförsvar till följd av yttre hot. En systematisk jämförelse av symtombilderna visar också att det finns klara överlappningar.²¹

Främst gäller det just *tröttheten*, känslan av en utmattning så extrem att den omöjliggör varje arbete, ansträngning, aktivitet och till och med distraktion. Gemensamma symtom är också smärtor i muskler och leder alternativt i hela kroppen, feberkänsla, ihärdig huvudvärk, tryckkänsla, sömnproblem och en rad neuropsykologiska symtom som ljud- och ljuskänslighet, minnes- och koncentrationssvårigheter. (Faktum är att det enda för den kroniska tröttheten karakteristiska symtom som Beard *inte* nämnde är ömmande lymfkörtlar.)

Vi står alltså inför två symtombilder som är i stort sett identiska, men som uppträder i olika tider, under olika namn och med hjälp av olika förklaringsmodeller. Varje sådan förklaring är i sin tur en spegel både av en inomvetenskaplig ståndpunkt och av samtidens kulturellt gångbara koder. Det kan hävdas att på samma sätt som neurasteni var ett kompilat av de föreställningar (framförallt om tröttheten som en värdeämätare på moderniteten) som fångade publikens och vetenskapens intresse vid förra sekelskiftet, är det kroniska trötthetssyndromet byggt på den högaktuella föreställningen om den biologiskt sårbara individen i en hotfull, kravfylld livsmiljö.

Neurasteni och kronisk trötthet delar grundtemat att det handlar om överbelastning av kroppens egna reserver. I båda fallen förklaras överbelastningen med samtidens krävande livsstil. Mycket av dåtidens

koppling mellan neurasteni och stadslivets hektiska rytm gäller för dagens koppling mellan sjukdom och stress. För 1800-talets läkare åstadkom stressorer en reducerad nervenergi, för dagens en rad komplexa neuro-immuno-endokrina processer. Neurasteni erbjöd på samma sätt som kroniskt trötthetssyndrom individen rätten att vara sjuk av en orsak som både var medicinskt bekräftad och legitim i relation till kultur och social position. Bägge var – initialt – kopplade till samhällets högutbildade, högpresterande grupper. Neurasteni var en acceptabel och till och med hedersam diagnos för män i karriären; Beard rapporterade att åtminstone tio procent av hans patienter var manliga läkare, bland de övriga fanns affärsmän, bankmän, advokater och ämbetsmän. Diagnosen framstod därmed som ett emblem för utvaldhet (ambition, framgång, intellekt, kultivering, sensibilitet) samtidigt som den lät patienten slippa negativa etiketter som neuros, hypokondri eller depression. Kroniskt trötthetssyndrom hade inledningsvis samma status, kopplad till en typ A-personlighet i samhällets framkant. Också här låg styrkan i en biomedicinsk förklaringsmodell som lät patienterna slippa stigmatiserande psykiatriska diagnoser.

Parallellen mellan neurasteni och kroniskt trötthetssyndrom är alltså slående. Frågan är hur erfarenheterna av den förra diagnosen kan utnyttjas för förståelsen av den senare.

En relevant fråga är: vad hände med neurastenin? Efter första världskriget minskade den kraftigt, men utan att försvinna helt. En rad symtom kunde brytas ut och föras

till andra medicinska eller psykiatriska diagnoser. Vad som blev kvar var en blandning av ospecifika, funktionella symtom och uttryck för psykiskt lidande som tycktes alltmer omoderna – inte minst tröttheten – och som efterhand försvann från den offentliga scenen.

På samma sätt kan man fråga sig vad som kommer att hända med det kroniska trötthetssyndromet. Om parallellen med neurastenin fortsätts, skulle det innebära att också denna diagnos kommer att försvinna, antingen för att symtombilden är för ospecifik, för att den inte bärs upp av de rätta grupperna eller det rätta könet, för att den inte längre är kulturellt gångbar eller för att den slukas av nya sjukdomsnamn.

De kritiska har också hävdats att majoriteten av patienter med diagnosen kroniskt trötthetssyndrom lider av endera av följande: en identifierbar psykisk sjukdom, psykofysiologiska symtom relaterade till stress, eller en form av sjukbeteende. Detta skulle förklara varför tillståndet är svårbehandlat farmakologiskt.²²

Det skulle likaså kunna hävdas att diagnosen redan är ersatt av en annan, än bättre anpassad till den akuta samhällsproblematiken: *utbrändhet*.

Utbrändhet och det moderna samhället 2000

Begreppet utbrändhet har intressant nog aldrig kopplats ihop med en biomedicinsk orsak, utan analyserats som ett syndrom producerat av samhället, arbetsstrukturen eller den sårbara relationen mellan människor.

Diagnosens karriär är svindlande. På bara något år har den stigit fram ur relativ anonymitet för att nå epidemiska nivåer och framstå som ett hot mot en hel arbetsmarknad. Sommaren 2000 rapporterades att varannan lärare i den svenska grundskolan befann sig i riskzon för utbrändhet; företagsfolk, bankmän, läkare och IT-folk var andra drabbade grupper. Aldrig har ett sjukdomstillstånd så öppet kopplats ihop med samhället självt.

En första utgångspunkt är också att tolka fenomenet via en större samhällsdiagnos: en prestations-, kontroll- och tempohetsad kultur präglad av allt mer anorektiska arbetsorganisationer där allt färre skall göra allt mer. Gamla strukturer kännetecknade av stabilitet, trygghet och tröghet har ersatts av neurotisk förändringskult, maniska företagskulturer och korta projektanställningar. De individuella prestationerna pressas för att kontrakten skall förnyas. Individerna kräver i sin tur snabba och synliga belöningar. Ingen har längre tid för de folkhemiska kaffepauserna och gemenskaperna. Ny teknik kräver ny kompetens men också ständig uppkoppling; att bygga in sig själv i ett evigt flöde av information och kommunikation, att ställa sig mitt inne i virveln. »Att vara modern är att ingå i ett universum där allt som är fast förflyktigas«, manar modernitetsforskaren Marshall Berman och hyllar det eviga uppbröttet. Det gäller att »göra sig hemmastadd i malströmmen, att göra dess rytm till sin egen, att röra sig med dess strömmar.«²³

En andra utgångspunkt är medicinsk. Utbrändhet definieras som ett sjukdomstillstånd, inte som en känsla, ett uppror,

en kulturkritik eller en frisk reaktion. Otillräcklighetskänslan och kroppens spontana motstånd förläggs till den enda dimension som ger legitimitet: medicinen. Naturligtvis finns här också en konkret medicinsk aspekt. Fysisk och psykisk stress, utmattning utan möjlighet till återhämtning, skapar inte bara trötthet utan också försvagat immunförsvar, sårbarhet och sömnproblem som i sin tur öppnar dörren för negativa händelser i kroppen. Vi är koncentrerade en stor del av dygnet – intellektuellt eller som konsument av media-information, hälso- och kroppsaktiviteter, njutning och upplevelser. Vi avkrävs kunskap, kompetens, engagemang, entusiasm men också hälsa, karisma, kreativitet och framgång. Projektets idé tenderar att bli en ikon i sig. Arbetet, äktenskapet, barnet, hemmet, kroppen, jaget – allt kan göras till ett projekt i en evig rörelse mot förvandling, förädling och fullkomlighet.

I detta sammanhang kan man fråga sig om utbrändhet bara är ett namn på ett problem som alls inte har med sjukdom att göra? Människor är inga änglar, skrev Bo Södersten i en famös 80-talsartikel apropå decenniets galopperande sjukfrånvaro. I stället är de rationellt kalkylerande varelser som utnyttjar välfärdssystemet när de kan för att optimera de egna livsprojekten.²⁴ Så tolkad skulle den epidemiska utbrändheten i själva verket handla om drömmen om den arbetsfria inkomsten, om en narcissistisk kultur som söker njutningen – inte ansträngningen – och som betraktar sjuketiketten som en väg att undfly kraven.

Men man kan också pröva mer konstruktiva förklaringar. En är att söka i

diagnosens egen historia. Om man slår in ordet »utbrändhet« i ett bibliografiskt sökprogram gör man snabbt en upptäckt. Nästan all litteratur om utbrändhet kom till kring 1980-talets mitt. Christina Maslachs pionjärarbete *Utbränd* publicerades 1982 och följdes snabbt av andra. Här ges definitionen och de kliniska kriterierna: fysisk, mental och emotionell utmattning, olust, empatibortfall. Diagnosen skapades i första hand för personer i så kallat människovårdande yrken – socialarbetare, sjuksköterskor, terapeuter – som i ständig personlig kontakt med svaga andra dränerades på energi.

Deras reaktion var att bli utbrända: som en utbränd tändsticka som förkolnar och förvandlas till aska och ingenting. Enligt Penny Proffits definition kunde utbrändhetssyndromet delas in i tre stadier som motsvarade brännskadans tre grader. Det första kännetecknades av kortvarig och botbar skada. Det andra var mer smärtsamt, gav »vävnadsskador« och tog tid att läka. Det tredje skapade mycket djup smärta, svåra vävnadsskador, djup ärrbildning och var mycket svårt att läka.²⁵

Utbrändhet var alltså en väldefinierad diagnos redan på 1980-talet, men utan att få riktigt fäste utanför USA. En förklaring var den personlighetstyp som den identifierades med: anpassliga, jagsvaga, sensibla, benägna för skuld känslor. Utbrändhet var därmed knappast en diagnos för de ekonomiskt högpresterande, det hungriga marknadsfolket eller det mondäna IT-folk som just höll på att träda fram. I stället var det en annan diagnos med liknande symtom som blev framgångsrik under 80-talet, förknip-

pad just med de högpresterande i civilisationens front: kroniskt trötthetssyndrom.

Tillspetsat kan man hävda att ens sjukdoms status på den offentliga scenen bestäms av vilka som är bärare av den, antingen samhällets eliter med typ A-beteende (neurosteni, hjärtinfarkt, trötthetssyndrom) eller samhällets utstötta: de homosexuella, narkomanerna (aids). 80-talets utbrända tillhörde ingendera gruppen. De var brinnande arbetare i människovårdande yrken. Och de var i huvudsak kvinnor.

Återigen illustreras hur en sjukdomsbild måste samspela med samtidens kulturella koder för att nå riktig framgång. Det var som om det spektakulära 80-talet krävde spektakulära sjukdomar. Massmedia ägnade intensivt intresse åt en ny typ av sjuklighet kopplad till tidens kris-, katastrof- och hotstämningar: kvicksilverförgiftning, el- och bildskärmsallergi, smygande värk- och smärtsyndrom. Man talade om sjuka hus och sjuka vatten, om mordiska streptokocker och aggressiva virus, och så naturligtvis om aids. Sjukfrånvaron ökade dramatiskt, särskilt korttidsfrånvaron, liksom trycket på sjukvården. Världen tycktes sjuk och vi med den.

Det var som om den gråa och oglamorösa utbrändheten inte passade in i mönstret. Den blev en diagnos att ta på allvar först när samhällets front – de högpresterande, intellektuellt arbetande – framstod som offren: lärarna, läkarna, IT-folket. Men detta var i sin tur inte möjligt så länge utbrändheten placerades i en jagsvag och depressiv personlighetstyp av i första hand kvinnligt kön, det vill säga i en förklaringsmodell som lade ansvaret på den otillräckliga indi-

viden. Vad som behövdes var en omfördelning av skulden. Först när den placerades i själva arbetsstrukturerna och en samhällelig dimension, det vill säga en orsak utanför individen själv, blev utbrändhet en diagnos i karriären.

Då och nu

En jämförelse mellan diagnoserna neurasteni, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet dels i ett *diakront* (tvärtida), dels i ett *synkront* (samtida) perspektiv visar på följande:²⁶

Alla har *trötthet, kraftlöshet* i centrum av symtombilden. Denna trötthet kan specificeras i flera nivåer: från stressrelaterad uttröttnings till utmattning och långvarig kronisk trötthetskänsla, till en mer utlevande nivå som i överansträngning/utbrändhet. En nyckelfaktor är att tröttheten inte primärt relateras till fysisk ansträngning, utan snarare beskrivs som mental, själslig, emotionell eller existentiell och kopplas till känslor av otillräcklighet och obalans mellan krav och förmåga.

I samtliga fall finns alltså en relation till stress. Modern stressforskning visar att den normala stressreaktionen är positiv och energiskapande, men att samma stressreaktion är negativ och energiförbrukande om den aktiveras frekvent och under lång tid. Här tycks man på samma sätt som vid förra sekelskiftet – med skilda teoretiska utgångspunkter och mätmetoder – komma fram till slutsatsen att energibrist och »tömda depåer« skapar ohälsa.

En jämförelse mellan de medicinska nyckelbegrepp som formulerats 1900 res-

pektive 2000 för att beskriva det ömtåliga samspelet mellan människa och en kravfylld, instabil omvärld visar också en klar parallellitet: nervositet svarar mot stress, neurasteni och överansträngning mot kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet. På samma sätt som nervositet kunde leda till överansträngning med neurasteni som klinisk manifestation, kan stress leda till kronisk trötthet eller utbrändhet. Depression tillhör bilden vid neurasteni liksom vid kronisk trötthet. Den »depersonalisering« och emotionella utmattning som anses typisk för utbrändhetssyndromet nämns likaså i samband med den typiska neurastenipatienten. Tendensen att förlägga skulden till den yttre strukturen (som vid utbrändhet) och inte till det egna jaget (som vid depression) är svår att pröva historiskt, eftersom dåtidens patriarkala strukturer knappast gav utrymme för kritik mot arbetsorganisationen eller tilldelade roller och yrkesidentiteter. Andra relevanta jämförelser pekar på att kroniskt trötthetssyndrom debuterar plötsligt och förvärras av ansträngning – just som neurastenikerns ömtålighet ofta beskrevs – medan stressrelaterad utmattning och utbrändhet upplevs som mer konstant.

Sammanfattning

Diagnoser speglar alltså mer än fysiologiska och biokemiska händelser i kroppen. De projicerar samtidens kulturella värderingar och sociala koder, människosyn, klass- och könsstrukturer och förväntade relationer till samhället och samhällets riktning. Detta gäller både på individuell och kol-

lektiv nivå. Vissa sociala ångestillstånd tycks till exempel vara oskiljaktiga delar av själva erfarenheten att vara modern: stress, rastlöshet, trötthet, alienation, fragmentisering, obestämd tillbakalängtan (kanske just därför sveper en nostalgisk våg genom samhällskroppen idag precis som vid förra sekelskiftet).

Trötthetens status i västvärldens självbild kring sekelskiftet 1900 tycks peka på en djup kulturell ångest relaterad till den snabba övergången från agrarsamhälle till industrisamhälle. Kombinerad med trötthetens konkreta betydelse för industrins behov av effektivt arbetskraft, överförs »trötthetens problem« i medicinska förklaringsmodeller byggda på ett antal tidsbundna komponenter: teorin om livsenergens konstans, psykofysiologins framväxt, tesen om civilisation och modernitet som samtidigt sensibilerande och energidränerande processer. Medicinskt legitimerad och omformulerad i ett diagnostiskt namn (neurasteni) återförs överansträngningsbilden till kulturen (den bekräftade uppsättningen föreställningar) där den exponeras maximalt och erbjuder individen tolkningsmodeller, mening och sammanhang för upplevda sjukdomskänslor.

En *första* fråga är om man kan pröva en lika svepande analys av relationen upplevd trötthet/samhälle för sekelskiftet 2000.

Den skulle se ut ungefär så här: Under 1900-talets inneslöts individen efterhand i en dramatisk välfärdsutveckling. I Sverige bröts från och med efterkrigstiden ett tillstånd av social och ekonomisk depression och sjunkande nativitet. Socialdemokratisk handlingskraft, socialingenjörskonst och en

serie socialpolitiska reformer kom att bygga en folkhemsmodell av stabilitet, trygghet och kollektiv framtidstro. När stressbegreppet nydefinierades på 1940-talet, var det i första hand en inomvetenskaplig fråga, om än med mycket stor och bred genomslagskraft. Som samhällsanalytiskt instrument behövdes det ännu knappast.

Tillspetsat kan det alltså hävdas att *stress* exponeras på den offentliga scenen först när en ny samhällssituation ger det en ny och väldefinierad roll.

Denna brytpunkt inträffar under 80-talet då en äldre välfärdsmodell monteras ner och industrisamhällets stabila system ersätts av ett högrörligt marknadssamhälle. Ett värdevakuum uppstår samtidigt som ny informationsteknik och snabba kommunikationer ställer individen inför stora krav på förändringsbarhet. Tempo, snabbhet, flexibilitet blir – just som vid förra sekelskiftet – förväntade egenskaper i alltmer rationaliserade arbetsstrukturer. Välfärdsuppgången, trygghetssystemet och en ny arbetsetik har samtidigt ökat möjligheterna att uttrycka inre olust som sjukdom. Sjukfrånvaro och läkemedelskonsumtion visar dramatiskt stegrade siffror. Ett spektrum av nya sjukdomsbilder uppstår, förstärkta av en brutal påminnelse om biologisk okontroll (aids). Medicinen möter den ökade sjukupplevelsen med intensiv utbyggnad av primärvården, med medikalisering i form av nya sjukdomsnamn, men också med inomvetenskapliga förklaringsmodeller kopplade till vetenskapens nuläge: virus, gifter, hormoner, stressorer. Värk, smärta och trötthet kan placeras in i meningsskapande mönster.

En *andra* fråga är hur den process ser ut där nya sjukdomsbilder uppstår, namnges och förklaras. Historiska och samtida fallstudier av enskilda diagnoser (neurasteni, kroniskt trötthetssyndrom) pekar på att konsensus om en sjukdom uppnås som en *förhandling* mellan olika aktörer. Läkarens kunskaper och laboratoriets tester skapar »optioner« för en ny sjukdomskategori eller en ny innebörd åt en redan existerande diagnos, men bestämmer inte den *sociala* delen av sjukdomens »framgång« och spridning.

Det finns alltså en aspekt av varje diagnos som kan kallas sjukdom som *social konstruktion*. Det betyder varken att vad som helst kan kallas sjukdom eller att sjukdomen inte skulle finnas »på riktigt«. Det pekar snarare på att den identitet en sjukdom har – från sin traditionellt medicinska (orsak, diagnos, prognos, behandling) till sin betydelse för patienter, läkare och omgivning – aldrig är en neutral konsekvens av biologiska faktorer. I stället fungerar den som en social process med flera deltagare: läkare, patienter, sjukförsäkringssystem, massmedia och de kulturella koder som ständigt omdefinierar vad som tillåts att kallas sjukt.

Det innebär att sjukdom alltid finns i en medicinsk dimension, men att dess sociologi och epidemiologi måste analyseras på en större samhällsplan; här skapas bilderna och myterna och här utspelar sig de legitimerande och meningsskapande processerna. Så betraktad kan man hävda att begreppet stress har förvandlats från ett psykofysiologiskt tillstånd till en samtidigt förklarande, förlåtande och uppfordrande samhällsdiagnos.

Till sist: vid förra sekelskiftet lästes kollektiv och individuell trötthet som en omedelbar och fysiologiskt mätbar effekt av yttre stress. Tröttheten definierades som den gräns bortom vilken människan i industrisamhället inte kunde pressas, och därmed också som den gräns bortom vilken samhällets krav blev kontraproduktiva. Maskinmetaforen var viktig: om människan-maskinen kördes så hårt att hon gick sönder, motverkades just den effektivitet som tillhörde produktionens mål. Denna koppling utlöste en mycket intensiv forskning både kring den trötthet som skapades direkt av arbetsstrukturer och arbetsvillkor – och den som skapades av samtidens kulturella koder: kamp, konkurrens och prestationskrav; förytligade mänskliga relationer, narcissistisk individualism och en hektisk upplevelsekultur.

Om samma slutsatser dras idag, skulle det innebära att tröttheten under de samtidsanpassade namnen kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet kan tolkas som gränsvärden för individens fysiska och psykiska anpassningsförmåga; bortom dem motarbetar samhället sin egen rationalitet. Ett handlingsprogram kan formuleras riktat mot negativa arbetsstrukturer, organisationer och mekanismer, men också mot negativa kulturella värden som kontroll-, prestations- och statushets, överarbete, förlorad kollektiv identitet och kult av den unga, osårbara kroppen.

Modern stressforskning pekar just på de sofistikerade samspelet i den stressrelaterade ohälsan mellan å ena sidan kroppens nerv-, hormon- och immunsystem, å den andra individens sociala och existentiella

villkor. Det innebär att problemet inte bara är en medicinsk angelägenhet, utan ytterst ett politiskt och humanistiskt ansvar.

- 1 Artikeln har ursprungligen publicerats i Rolf Ekman, Bengt Arnetz (red) *Stress: Individ, samhället, organisationen, molekylerna*, Liber 2002, 2. uppl. 2005.
- 2 Diskussionsinlägg redovisade i *The journal of mental science* 47(1901) s.226-244.
- 3 Viktor Wigert, *Psykiska sjukdomstillstånd*, 2. uppl., Bonniers 1927, s.138.
- 4 A Mathieu, *Neurasthenien*, Wilhelm Billes förlag 1894, s.19-20.
- 5 Henrik Berg, *Läkarebok*, 3. uppl., Göteborg 1903, s.1335-36.
- 6 Anson Rabinbach, *The human motor: Energy, fatigue and the origins of modernity*, Berkeley CA 1992, s.23. Generellt står jag i denna artikel i tacksamhetsskuld till Rabinbachs kvalificerade och uppslagsrika framställning.
- 7 Termodynamikens första lag, dvs att energin i ett slutet system är konstant, formulerades 1847 av Hermann von Helmholtz. Den andra, att energi försvinner när värme överförs till en kallare kropp, utarbetades på 1860-talet av Rudolf Clausius och populariserades genom begreppen entropi och universums värmedöd.
- 8 Robert Nye, *Crime, madness and politics in modern France: The medical concept of national decline*, Princeton 1984.
- 9 Enligt genomgång av *Hygiea: Svenska läkarsällskapets tidskrift* 1860-1900.
- 10 George Beard, *A practical treatise on nervous exhaustion*, New York 1869. Om Beard, se F G Gosling, *Before Freud: Neurasthenia and the medical community 1870-1910*, Urbana 1988. Om diagnosen neurasteni se äv. Georg Frederick Drinka, *The birth of neurosis: Myth, malady and the Victorians*, New York 1984; Barbara Sicherman »The uses of a diagnosis: Doctors, patient and neurasthenia«, *Journal of the history of medicine* 1977, s.333-54. På svenska Karin Johannisson »När sjukdom behövs: Kultursjukdomar kring sekelskiftet 1900« i *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*, Norstedt 1990; om neurasteni som kvinnodiagnos Karin Johannisson, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*, 1994; Stockholm 1999, s.141-49.
- 11 Se George Beard, *Den sexuella neurasthenien: Dess hygien, orsaker, symptom och behandling*, 1884, sv övers Hugo Gebers förlag 1896.
- 12 Jfr Arthur Kleinman, *Social origins of disease and distress*, New Haven 1986.
- 13 Rabinbach, *The human motor*, s.168. Den stora auktoriteten vad gäller den mentala träningens betydelse var psykologen Théodule Ribot, som skrev en rad svensköversatta arbeten med titlar som *Viljans sjukdomar*, *Minnets sjukdomar*, *Personlighetens sjukdomar*.
- 14 Wigert, *Psykiska sjukdomstillstånd*, s.137-144.
- 15 Berg, *Läkarebok*, s.1330.
- 16 Poul Bjerre, »Den neurastheniska tröttheten«, *Hygiea*, 1924; 86: s.417-426, s.462-472.
- 17 Se t.ex. Berg, *Läkarebok*, uppslagsordet »nervositet«, uppl. 1903, 1981, 1930, 1937.
- 18 Hans Selye, *Stress*, 1956, sv.övers. Natur och kultur 1958; äv. Selye, *Stress in health and disease*, Boston 1976. Jf om 1940-talets definitioner av trötthet S Howard Bartley och Eloise Chute, *Fatigue and impairment in man*, New York 1947.
- 19 Berg, *Läkarebok*, s.309.
- 20 För socialkonstruktivistiska aspekter på diagnosen, se Robert A Aronowitz, *Making sense of illness: Science, society and disease*, New York 1998; för biologiska Lars-Gunnar Gunnarsson och Birgitta Evengård, »Biologisk sårbarhet – möjliga mekanismer bakom långvarig smärta och trötthet«, i Anna Hertting och Jan Samuelsson, red., *Smärta och trötthet: Ohälsa i tiden*, Studentlitteratur 2000.
- 21 Susan E Abbey och Paul E Garfinkel, »Neurasthenia and Chronic fatigue syndrome: The role of culture in the making of a diagnosis«, *American Journal of Psychiatry* december 1991, s.1638-1646. Jag står i tacksamhetsskuld till Abbey och Garfinkel för värdefulla uppslag.

- 22 Abbey och Garfinkel, s.1644.
- 23 Marshall Berman, *Allt som är fast förflyktigas: Modernism och modernitet*, 1982; sv. övers. Studentlitteratur 1995.
- 24 Bo Södersten, »Krispaketet håller inte«, *Dagens Nyheter* 27/10 1990.
- 25 Christina Maslach, *Utbränd: En bok om omsorgens pris*, Natur och kultur 1985, senare uppl. 1998; Penny Proppit, *Burnout: The cost of involvement, of being human in the helping professions*, Edinburgh 1982.
- 26 För den synkrona jämförelsen se Hertting och Samuelson, red., *Smärta och trötthet*, särskilt artiklarna av Burell; Gunnarsson och Evengård.

Människan som maskin eller sjukdom som process

Vad har hänt med sjukdomsbegreppet?

Åke Thörn

Vad är sjukdom egentligen? När försäkringskassan nu – pressad av riksdag och regering – ska minska sjukskrivningarna, leder det till en renässans för en strikt biomedicinsk syn på sjukdom. Det hävdar Åke Thörn, medicine doktor och läkare med specialitet i allmänmedicin och i yrkes- och miljömedicin. Han arbetar bland annat som försäkringsläkare i Luleå, och håller på med en bok om forskningsbistånd som u-hjälp. Thörn menar att detta nya sjukdomsbegrepp drabbar den växande gruppen av människor med det moderna samhällets »ogripbara« sjukdomar, människor vars symtom behöver förstås i ett sammanhang med samhälle och arbetsliv.

Sjukdom, sjukskrivning, arbetsförmåga och debatten om dessa förhållanden har följt mig i tre vågor sedan jag blev läkare. Första gången var strax efter utbildningen i början av 1970-talet. Då steg sjukfrånvaron, men diskussionen hettade aldrig till ordentligt innan den åter sjönk. Annorlunda var det med den andra vågen. Den tog fart mot slutet av 1980-talet och utlöste en långvarig, intensiv och het offentlig debatt, som följde två spår. Ett tog stöd av studier, som tydde på att rationaliseringar, tunga, monotona, ergonomiskt belastande och stressiga arbeten hade samband med hög sjukfrånvaro och satte följdriktigt arbetsmiljöer och rehabilitering i centrum. Det andra spåret

var moraliskt och moraliserande och förde till torgs att det fuskades med försäkringen därför att sextio- och sjuttitalsgenerationerna saknade de äldre släktledens plikt-moral.

Oanade nivåer

Med lågkonjunkturens ankomst i början av 1990-talet sjönk sjuktalet innan man hunnit göra något aktivt. Det var tyst några år och så steg de igen. De har sedan förblivit så höga att sjukfrånvaron samfällt beskrivs av regering, myndigheter, den politiska och fackliga eliten, ledarskribenter och andra opinionsbildare som vår tids största

samhällsekonomiska problem. Debatten om den nådde fort oanade nivåer och där har den oavbrutet förts i ett många gånger hetsigt och uppskruvat tonläge och med mer moraliserande tongångar än någonsin. En dominerande inriktning är att alltför goda ekonomiska incitament tillsammans med attitydförändringar driver människor till fusk med sjukskrivning och att detta kan pågå på grund av slappa läkare och dålig kontroll från försäkringskassan. Ett axplock rubriker från de senaste årens press kan illustrera detta.

- »Dyrt när sjukskrivning är gratis«
- »Olust ökar sjuktalen«
- »Arg, besviken, sjukskriven«
- »Var femte borta i onödan«
- »Med läkarnas välsignelse«
- »Hårdare tag mot sjukfrånvaro«
- »Stoppa fusket med sjukskrivningar«
- »Så stoppas fusket i Jönköping«

Starka skäl att minska den höga sjukfrånvaron

Det finns inga skäl att bagatellisera den höga sjukfrånvaron. Såväl för enskilda människor som för samhället har den allvarliga följder på många plan, varför det är betydelsefullt att söka minska den. Samhällets strävan att göra så är stark och har inte minst visats genom alla de utredningar, rapporter och forskning, som under de senaste åren kommit och ökat kunskapen om sjukfrånvarons orsaker, administrativa hantering och handläggning inom hälso- och sjukvården¹. Den breddade och fördjupade förståelse för sjukfrånvarons sammanhang, som detta fört med sig kan förhoppnings-

vis leda till strukturella förändringar som på sikt bidrar till en stabilt mycket lägre sjukfrånvaro.

Det är naturligtvis även viktigt att försöka minska sjukfrånvaron på kort sikt. Här har regeringen satt upp ett väl definierat mål, som genom stark och upprepad medial exponering vid det här laget knappast är okänt av någon: sjukfrånvaron ska vara halverad år 2008. Det är givet att för att nå detta resultat på så kort tid måste insatserna sannolikt vara renodlat tekniska och operativa, snarare än strukturella.

Återgång till ett renodlat, biomedicinskt sjukdomsbegrepp

Det är också den väg, som Försäkringskassan (FK) har tagit. Genom att framhålla att den höga sjukfrånvaron inte beror på något fel på själva sjukförsäkringen beskrivs den valda vägen, inte som ny, utan som en återgång till något ursprungligt. Beskrivningen utgår från en uppfattning om att de höga sjuktalen beror på att försäkringen felaktigt kommit att tillämpas på ett sätt som aldrig varit dess avsikt². Det framhålls att dess ändamål var och är att ge ett bra försäkringsskydd vid arbetsoförmåga, som orsakas av sjukdom eller skada. Lagens krav för rätt till sjukersättning har också, i stort sett sedan sjukförsäkringen kom till, oförändrat varit formulerade med den innebörden (Lagen om allmän försäkring 3 kap. 7 §): »Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel.«

Under andra hälften av 1990-talet kompletterades denna paragraf genom att låta

den citerade meningen följas av: »Vid bedömning av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.« Anledningen till tillägget var att man ansåg »att samhällets trygghetssystem bör renodlas efter de olika orsakerna till behovet av insats, varvid sjukpenning och förtidspension mer uttalat än i dag skall vara skydd vid medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan.«³

De åtgärder, som FK nu under de senaste åren har genomfört, innebär en annan granskning av sjukskrivningarna än tidigare. Långtidssjukskrivningar prövas och omprövas strängt i förhållande till sjukdom, och dras in om man inte finner en medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. Nya sjukskrivningar prövas likaså omsorgsfullt och strikt formaliserat mycket tidigt i förloppet och godtas inte, »släpps inte in i försäkringen« om anledningen till den sviktande arbetsförmågan inte är *sjukdom*.

Förmodligen har inte speciellt många människor något att i princip invända mot att en rättighet (sjukersättning) faller ut först när de lagliga villkoren för detta (sjukdom som sätter ner arbetsförmågan) är uppfyllda. Ändå har försäkringskassornas hårdare bedömningar av sjukskrivningar lett till mycket uppmärksamhet, protest och ifrågasättande. En kraftfull invändning kom till exempel i Jönköpings län där femtiosex distriktsläkare hösten 2004 i ett brev till försäkringskassans direktör, Riksförsäkringsverket centralt och arbetslivsministern påpekade hur de bevittnade att försäkringskassan gör svåra felbedöm-

ningar vilket leder till skada för patienter, extra arbete för sjukvården och stör känsliga rehabiliteringsprocesser⁴. Varför då dessa protester?

Underförstått och outtalat

Återvändandet till att använda sjukförsäkringen på det sätt, man menar att den ursprungligen avsåg, bygger på en outtalad föreställning. Den går ut på att det grundläggande begreppet (*sjukdom*), som hela tillämpningen bygger på, dels är oföränderligt, entydigt mät- och vägbart, dels att alla berörda specialister (läkare av olika specialisttillhörighet, forskare, socialmedicinare, sociologer, kuratorer, handläggare och utredare på försäkringskassan och så vidare) med enstaka undantag är överens om detta. Så är det inte. Sjukdomsbegreppet är mycket komplicerat, inte alls entydigt och har förändrats över tiden. I en artikel om läkarrollen i förhållande till begreppet sjukdom och dess »gråzoner« diskuterar en av svensk klinisk medicins stora förgrundsgestalter, Lars Werkö, dessa förändringar över tid och inleder sin artikel⁵ med frågan »Vad är sjukdom?« Han avstår från att besvara den genom att säga att en så fundamental fråga fordrar mer utrymme än vad som står till buds i en artikel. Frågan får mer plats i två kapitel i en färsk doktorsavhandling⁶ från Stockholms universitet. Författaren, Ulla Gerner, ger en ingående redogörelse för detta komplicerade begrepp, var det står idag och hur det förhåller sig till nedsatt arbetsförmåga. Hon belyser förekomsten av flera skilda sjukdomsbegrepp, som är kompletterande

och speglar olika aspekter på sjukdomar och deras sammanhang. Som Werkö vill inte heller jag förenkla genom att tränga ihop detta komplicerade ämne i en artikel utan hänvisar till Gerners avhandling som är tillgänglig på nätet⁷.

Problemen med det biomedicinska sjukdomsbegreppet

Det som sjukförsäkringen nu valt att, underförstått, återgå till är det strikt biomedicinska begreppet. Sedan många decennier har filosofer och medicinska forskare ägnat sig åt att söka klargöra vad sjukdom är. Mycket värdefull tankemöda har ägnats åt det, bland annat av danskarna Uffe Juul Jensen⁸ (filosof) och Henrik Wulff⁹ med medarbetare (läkare) men det låter sig inte fångas in på något begreppsligt entydigt sätt. Förenklat innebär det renodlade biomedicinska begreppet att människokroppen betraktas som en biologisk maskin och att sjukdom motsvaras av avvikelser från maskinens normala prestanda, den mänskliga artens »normalplan«, och att dessa fel kan mätas, vägas och göras synliga allt bättre eftersom den medicinska vetenskapen och tekniken framåtskrider. Avvikelser, det vill säga sjukdomar, kan identifieras av experten-läkaren med hjälp av olika verktyg: röntgen, laboratorieprov, arbetsprov och så vidare. Detta biomedicinska sjukdomsbegrepp är mycket användbart och ligger bakom stora framsteg som gjorts av den moderna, kliniska medicinen alltifrån 1800-talet och framåt. Det finns emellertid betydande problem med modellen. Ett av dem gäller den stora osäkerheten om vad

som är artens »normalplan« och därmed vad som är avvikelser. Det visar sig att gränserna mellan det »normala« och det »avvikande« är mycket oskarpa. Dessa suddiga gränsskikt är viktiga grogrunder för den medicalisering, som påtalats sedan 1970-talet¹⁰ och den sammanhängande expansionen av läkemedelskonsumtion. Ett annat problem är emellertid allvarigare i relation till förhoppningen att sjukdomar har lika klara samband med arbetsförmågan hos en människa som, låt oss säga blodsocker har med diabetes. Det biomedicinska sjukdomsbegreppets attraktivitet ligger nämligen i att avvikelser kan mätas och att mellan de olika måtten finns det någorlunda rätlinjiga samband. I synsättet ligger en uppfattning inbyggd om att alla människors reaktionssätt vid en och samma sjukdom i stort sett är likadana, också nedsättningen av arbetsförmågan, som man därför objektivt bör kunna sluta sig till från informationen i läkarintyg och medicinska journaler. Problemet består av att den biomedicinska modellen inte tar hänsyn till vare sig upplevelsen av sjukdom eller situationen där den sjuke lever och verkar. Den är därför inte användbar till att förklara vad de flesta nog väl känner till, nämligen att en människa kan ha stora avvikelser från »normalplanen« utan att vare sig känna sig det minsta sjuk eller ha nedsatt arbetsförmåga i ett yrke och tvärtom. Modellen duger alltså inte till att förklara eller förstå den stora individuella variationen i reaktionssätt, bekant för alla och uttrycksfullt gestaltad i Carl Jonas Love Almqvists lilla klassiker *Det går an*¹¹ från 1840-talet. Där låter han Sara Videbeck från Lidköping säga att »*det har jag nog tillräck-*

ligt märkt och erfårit: vad som allenast rispar nageln på den ena, går in i hjärteblomstret på den andra, och bränner upp'en som gift.»

Oundgänglig men otillräcklig del av sjukdomsbegreppet

Med Henrik Wulff kan man instämma i att den biomedicinska modellen är en oundgänglig del av sjukdomsbegreppet men inte tillräcklig. Det är inte biologiska organismer, utan människor med upplevelser, tankar och vilja som blir sjuka och detta ryms inte i begreppet. Biomedicinska diagnoser ger därför, trots uppfattningen om motsatsen, inte någon objektiv grund för bedömningar av hur sjukdom nedsätter arbetsförmågan. Ulla Gerner pekar på att forskning har lyft fram svårigheter med att fastställa både diagnos och längd och grad av nedsättning av arbetsförmåga. Det är stora skillnader i bedömningar mellan olika läkare, det finns regionala skillnader för sjukskrivning vid en och samma diagnos, hjärtinfarkt, och det saknas faktabaserade tumregler. Också andra författare framhåller att en människas återgång i arbete efter sjukdom bara har svaga samband med biomedicinska faktorer som till exempel diagnoserna eller sjukdomsförloppens art och grad, men desto starkare med personlighet och attityder, socio-ekonomiska och kulturella faktorer¹².

Dynamiskt och obeständigt

Vad som är sjukdom i samhället är heller inte statiskt och beständigt. Få människor som arbetar med hälso- och sjukvård ifråga-

sätter att sjukdomspanoramats med tiden har förändrats i vårt samhälle. Per-Olof Östergren¹³ beskriver förändringen som ett förlopp i tre tidsmässiga steg. Under det första dominerade infektionssjukdomar, som i det andra avlöstes av kroniska, inte smittsamma sjukdomar, framför allt hjärtkärl- och tumörsjukdomar vilka ökade starkt under 1900-talet och kulminerade på 1970-talet. Det tredje steget tog sin början under 1980-talet och består av tillstånd som uttrycker sig genom oklara symtom i växlande konstellationer. De här besvären är vanliga. Undersökningar har visat att upp mot 40 procent av nybesöken inom primärvården har att göra med besvär som inte kan förklaras av biomedicinska störningar och de är även vanliga på slutenvårdens tidsbeställda och akuta mottagningar¹⁴. Inom denna grupp ryms diagnoser som fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, generaliserade värksyndrom och stressrelaterade psykiatriska tillstånd, men också kronisk axel-, rygg- och nackvärk och annat. Dessa åkommor, som inte är dödliga, men medför individuellt lidande och funktionsbortfall som bland annat visar sig i sjukskrivningar, förtidspension och ökat vårdutnyttjande, sammanför Östergren under beteckningen »tredje vågens sjukdomar«. Stressforskaren Bengt Arnetz har kallat dem för »den moderna tidens sjukdomar«¹⁵ och teknostress¹⁶ medan andra har benämnt dem »symtombaserade«¹⁷ eller »ogripbara tillstånd«¹⁸ och tillitsbristsjukdomar¹⁹. Till sammans förmedlar beteckningarna en bild av vad som allmänt uppfattas vara dessa tillstånds karaktäristika – en likt havets vågor ödesbunden utveckling av symtom som

har samband med moderniteten, tekniken, brådskan, något svårfångat och främlingskap. En av de påvisade huvudorsakerna till den höga sjukfrånvaron²⁰, den strukturella förändringen av arbetsmarknaden mot slimmade organisationer och lägre tolerans för olikheter i prestation, faller väl in i denna bild. Många andra komplicerade processer i vårt samhälle har också medverkat till framväxten av denna moderna sjuklighet. Värdefulla bidrag till deras beskrivning och analys har getts av bland andra idéhistorikern Karin Johannisson²¹, som visar hur diagnostiska beteckningar avspeglar tidsbundna föreställningar och hur de utvecklats i ett dynamiskt samspel mellan många aktörer och faktorer: läkare, försäkringssystem, media, läkemedelsindustri, hot- och riskbilder, globalisering och marknadstänkande.

Alternativa, kompletterande synsätt på sjukdom

Bygga på starkt selekterade patientgrupper och med uteslutande av vardagens liv och sammanhang har kriterierna för biomedicinska sjukdomsdiagnoser utvecklats av läkarspecialister i en ständig rörelse mellan begrepp, diagnostisk procedur och behandling. Denna typ av sjukdomsdefinition är rationell för behandling av många sjukdomar som passar in i den biomedicinska modellen, till exempel hjärtinfarkt, lunginflammation, bräck etc, men ofta mindre rationell vid långa efterförlopp och behov av rehabilitering. Den har blivit allt mindre ändamålsenlig för förståelse och behandling av många av de patienter som

söker kontakter med primärvården. Där är det allt svårare att få denna sorts diagnostiska konstruktion att passa ihop med flera av anledningarna till patientbesök som gäller fysisk och psykisk smärta, de många »ogripbara« tillstånden.

För att bättre kunna hjälpa dessa människor har allmänmedicinen, som ju arbetar med oselecterade patientgrupper mitt i deras vardag och egna sammanhang, utvecklat alternativa synsätt på sitt arbetsfält för att få utgångspunkter för lämpliga arbetssätt. Distriktsläkaren Carl Edvard Rudebeck²² har till exempel beskrivit allmänmedicinens kunskapsområde som att handla om människan *när hon inte mår bra*. Han avgränsar det från andra medicinska områden genom att understryka att där andra specialiteter betonar kroppsliga enskildheter och avvikelser betonar allmänmedicinen *upplevelsen och innebörden för en människa av att vara sjuk eller inte må bra*, det vill säga det som inte rymms i det biomedicinska sjukdomsbegreppet. Det finns andra, liknande synsätt. Självt har jag i mitt tidigare arbete som företagsläkare och yrkesmedicinare i kontakt med patienter med det så kallade sjuka-hus-syndromet²³ funnit det bättre att se dessa besvär som delar i processer snarare än som något diagnostiskt. Sjukdom som process kallas ibland för situationell sjukdom, vilket är en modell som ser sjuklighet som något som inte enbart pågår i kroppen utan också något som händer och hanteras genom en persons erfarenheter av primära kroppssensationer i en serie av olika situationer och sammanhang²⁴. För mig har det varit ett betraktelsesätt som gett uppslag till olika infallsvinklar för åtgärder inom såväl

prevention som terapi och forskning om sjuka-hus-syndrom och andra »ogripbara tillstånd«²⁵.

Att ifrågasätta förhärskande synsätt

Som princip är det alltid berättigat att ifrågasätta existerande begrepp, definitioner och sin samtids »sanningar«, i synnerhet om man har någorlunda goda skäl att misstänka att de inte fungerar. De under flera år bestående höga sjuktalen kan vara ett nog så gott skäl till att fundera på sjukdomsbegreppets roll i dessa sammanhang. Att lägga ett renodlat biomedicinskt sjukdomsbegrepp till bas för bedömningar av nedsatt arbetsförmåga är en utmaning av de kompletterande synsätt/begrepp som under årtionden växt fram som svar på hälsoproblem och sjuklighet där den strikt biomedicinska modellen varit otillräcklig.

Problemet med denna utmaning är emellertid att den inte lugnt och stilla argumenterat för *varför* den sakligt sätt skulle ha rätt. Dess eventuella berättigande är outtalat och det går inte alls att förstå *varför* det biomedicinska bör ersätta de mer komplicerade, situationella, innebörds- och sammanhangsökande sjukdomsbegrepp som, utan att utesluta det klassiskt biomedicinska, bland annat primärvården arbetar efter. Renässansen för det biomedicinska sjukdomsbegreppet som grund för bedömning av nedsatt arbetsförmåga har inte gått segrande av banan i kraft av sina arguments styrka utan i kraft av lagspråk och sina förespråkares positioner. Det är inte underligt att detta väcker ilska, förundran och bestörtning bland såväl primärvårdens

anställda som specialistläkare och möjligen också konflikter mellan dem. Protesten från de femtiosex distriktsläkarna i Jönköpings län talar sitt tydliga språk och läkare på Södra psykiatriska mottagningarna i Stockholm²⁶ frågar sig om det är »rimligt att försäkringskassan ska tvinga psykiatrin att bedöma och kontrollera andra läkares sjukskrivningar?«

Sökande efter neutrala svar?

Ett annat problem är att renässansen för det biomedicinska sjukdomsbegreppet inte har lett till ökad klarhet i fråga om bedömningen av samband mellan nedsatt arbetsförmåga och sjukdom, snarare tvärtom. Ulla Gerner konstaterar i sin avhandling att den svenska lagen har blivit mer otydlig sedan man försökt renodla den. Det skapas problem »*när man ska pressa in ospecificerade sjukdomsbesvär, som har haft en tendens att öka under senare år, i en strikt medicinsk modell, som inte sätter in individen i sitt sociala sammanhang. När man i den svenska lagstiftningen ska gå vidare och bedöma arbetsförmågan i relation till 'ett normalt förekommande arbete' på hela arbetsmarknaden blir svårigheterna ännu större. Det finns således motstridiga modeller i de bedömningar som ska göras och det skapar en otydlighet.*«

Det är därför oundvikligt att ställa sig frågan *varför* man flera år efter renodlingen snarare inskräper dess vikt och värde än omprövar den? Jag tror att det beror på en, kanske förtvivlad, förhoppning om att det biomedicinska sjukdomsbegreppet, trots allt, kan ligga till grund för en neutral,

värderingsfri bedömning av arbetsförmågens relation till sjukdom. Allting blir ju så mycket enklare om det går att väga och mäta!

Människan som sak – sakförsäkring

I en del bostadsområden kan man se skyltar där det står »BARN ÄR MJUKA; BILAR HÅRDA«. Anna Hedborg, tidigare generaldirektör för Riksförsäkringsverket, numera utredare i Socialförsäkringsutredningen skrev²⁷ i en artikel i Dagens Nyheter att »Den svenska sjukförsäkringen är för mjuk. Utnyttjandet varierar på ett sätt som inte är förenligt med en väl fungerande försäkring«. Några månader senare publicerade SNS Valfördråd en rapport²⁸ och en debattartikel²⁹ med förslag om hur sjukförsäkringen skulle kunna bli hård genom att omvandlas till en sakförsäkring. Den måste i så fall utrustas med sakförsäkringens två styrinstrument, självrisk och skadereglering. Självrisk motsvaras i sjukförsäkringen av karensdag. Skadereglering är sakförsäkringens normala värdering av en skadas storlek och motsvaras i sjukförsäkringen av bedömningen av nedsatt arbetsförmåga. Idéer som likställer sjukförsäkring med sakförsäkring utgår från ett strikt biomedicinskt sjukdomsbegrepp. De förutsätter någorlunda linjära samband mellan den biomedicinska diagnosen och sakens skada, det vill säga, den sjuka människans nedsatta arbetsförmåga. Med den förutsättningen går förslaget ut på att genom att ge FK ett strikt, eget budgetansvar tvinga den att »ta skaderegleringen på allvar«, och därmed till att göra »ordentliga utvärderingar av eventu-

ella förändringar i självrisk och i rutiner för skadereglering och att följa upp varje enskilt sjukfall för att göra en rimlig bedömning av behovet av sjukskrivning.«

Åter inställer sig frågan varför detta envisa fastklamrande vid ett sjukdomsbegrepp, visserligen oundgängligt, men helt otillräckligt i sammanhang som dessa? Återigen, tror jag att svaret ligger i en desperat längtan efter det neutrala och en förhoppning om att därmed själv slippa ta ställning och ansvar själv som person, som människa.

Ändå kvarstår att såväl sjukdom som hälsa som arbetsförmåga inte fångas in av renodlade biomedicinska sjukdomsbegrepp. Själv växte jag upp i ett hem med en mamma som var svårt handikappad genom multipel skleros. För flera år sedan bodde jag hos henne, medan jag gick en kurs på Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. På kvällarna berättade jag vad vi gjort under dagen. En gång handlade det om alla dessa olika definitioner av hälsa, sjukdom och arbetsförmåga. På morgonen sa hon: »Vet du, Åke, jag har tänkt på det där och det var det dummaste jag nånsin hört. Du ska veta att jag tror inte att jag känt mej sjuk en enda dag i hela mitt liv.«

Den biomedicinska modellens otillräcklighet återigen

Som jag tidigare fört fram belyses orsaken till det biomedicinska sjukdomsbegreppets otillräcklighet i vissa sammanhang av bland annat Henrik Wulff. Direkt knutet till frågor om sjukdom, arbetsförmåga och rehabilitering gjordes detta också på

tankeväckande sätt av författaren Majgull Axelsson³⁰ och idéhistorikern Sven-Eric Liedman³¹ i föredrag på en rehabiliteringskonferens³² i Luleå år 2000. Axelsson uppehöll sig vid diskrepansen mellan det levda livets många irrationella inslag å ena sidan, och utformningen av välfärdsystemen *som om* denna irrationalitet inte funnes å den andra. Hon menade att vad systemen erbjuder är mekaniska former, medan de däremot har svårt att erbjuda innehåll som är anpassade till det subjektiva livets irrationella drag. Sven-Eric Liedman fokuserade också på detta. Han framhöll att även om den helt rationella upplysningsmänniskan är en eftersträvansvärd förebild ligger det samtidigt en fara i detta ideal. Det låter ana att det faktiskt existerar en möjlig mänsklig perfektion i form av ett ständigt rationellt handlande byggt på mät- och vägbara storheter och rätlinjiga samband. I realiteten är den perfektionen inte uppnåbar. Liedman underströk att världen, det levda livet inte bara är rationellt utan också alltid består av mängder av tillfälligheter och av djupt mänskliga men slumpmässiga uttryck. Den rationella vetenskapliga metoden räcker långt, men ofta inte till att beskriva, förklara och förstå sådana komplexa mänskliga sammanhang som till exempel arbetsförmåga. Detta beror på att denna påverkas av mängder av vitt skilda faktorer, som på de mest skiftande sätt samspelar med varandra, med tillfälliga händelser och med de olika individernas känslor, strävanden och önskemål. Dessutom, vilket Bengt H Johansson³³ pekat på i en artikel i slutet på 90-talet, är den arbetsförmåga, som skall bedömas i sjuk-

domssammanhang förmågan till förvärvsarbete, inte den arbetsfysiologiska prestationen på en ergometercykel. Förmåga till yrkesarbete omfattar många komplicerade förhållanden – lagar, avtal, lön relationer, duglighet och social kompetens för att nämna några. Endast ytterst begränsade delar av denna varierande vävs komplexa samband och samspel låter sig fångas in av biomedicinens modeller. Den fungerar inte i dessa sammanhang och i praktiken blir därför variationen stor också vid länsrätternas juridiska bedömningar av överklagade indragningar av sjukpenningar, såväl mellan de olika länen som i samma län från år till år³⁴.

Helhetsyn och praxis-orienterad kunskap

Värdering av förmåga till på grund av sjukdom nedsatt yrkesarbete, görs bäst om det biomedicinska sjukdomsbegreppet/modellen kompletteras med de helhets- eller situationsorienterade synsätt som är grundvalen för Rudebecks tidigare nämnda beskrivning av allmänmedicinens kunskapsområde. Vad som då används vid bedömningen är en så kallad praxis-orienterad kunskap, förtrogenhetskunskap³⁵. Det är en kunskap som bara kan utvecklas i praktikerns värld, och som inte går att tillägna sig enbart genom teoretiska studier och distanserat vetenskapligt arbete. Den utmärker sig genom att i praktiken interagera med helheter inom de komplexa sammanhang dessa befinner och utvecklar sig i. Det var med det perspektivet som Bengt H Johansson i sin artikel hävdade att

om läkare skall medverka i bedömningen av arbetsförmåga i förhållande till förvärvsarbete bör de föredras, som har allmänna uppgifter och som i sin vardag möter personer i vardagliga situationer, nämligen företagsläkare, allmänläkare och rehabiliteringsläkare.

Vad kan man göra?

Det rimliga vid bedömning av arbetsförmåga vid sjukdom är att använda sig av de olika sjukdomsbegrepp och modeller som finns och anpassa valen och kombinationerna till sjukdomens art och i vilken fas och sammanhang den befinner sig i. Att som nu utan väl underbyggda skäl lägga all vikt vid det biomedicinska sjukdomsbegreppet, som visserligen är oundgängligt men samtidigt otillräckligt, är inte förtroendeingivande. Med förespegligen av att vara objektivt slår det hårt på ett mycket nyckfullt och rättsosäkert sätt mot många sjuka människor. Det är respektlöst och kränkande mot stora grupper professionella inom allmänmedicinen och andra områden³⁶ och det skapar missämja. Det polariserar grupper som borde samarbeta och gör mer skada än nytta.

Få förnekar att onödig och överdriven sjukskrivning är av ondo, såväl för individen som för samhället. Därför bör man söka mer konstruktiva vägar att komma till rätta med den höga sjukfrånvaron på än dem som nu praktiseras. Jag vill peka på några. Lars Englund³⁷ har i en studie år 2001 funnit att distriktsläkare i drygt 90 procent av de fall där de inte anser sjukskrivning vara medicinskt befogad likafullt

sjukskriver patienten. Anledningen till att läkare på detta vis handlar mot sina professionella bedömningar går studien inte in på. En liknande studie utförd av Familjemedicinska institutet, FAMMI³⁸ några år senare visade att endast i 60 procent av de sjukskrivna fallen var det sjukdomen som var huvudorsak till att patienten inte kunde återgå i arbetet. Avsaknad av arbetsplatsanpassning var orsaken i 15 procent av fallen, behov av nytt arbete i 13 procent och förhållande helt utanför arbetet i 12 procent. Varför sjukskriver då distriktsläkarna i dessa fall?

De har inte tillräckligt med civilkurage i mötet med patienten, hävdas det ibland³⁹, och gör därför som patienten vill. Så kan det kanske vara stundtals, men anledningen är betydligt mer komplicerad⁴⁰ för att må väl av att trivialiseras. Det framgår ju av FAMMI:s studie att nästan 30 procent av sjukskrivningarna i någon mening har att göra med arbetsanpassning. Detta kan kopplas samman med en färsk studie, som visar att en stor del av de höga sjuktalet sammanhänger med en i det närmaste total kollaps mellan 1993 och 1996 av det kvalificerade rehabiliteringssystem som i Sverige sedan 1970-talet byggts upp *inne* i företagen med anpassningsgrupperna som centralpunkter⁴¹. En rimligt möjlig anledning till att läkare sjukskriver personer där inte sjukdomen, utan bristande anpassning av arbetsplatsen är hindret, kan vara denna kollaps – det finns inte längre några reellt funktionsdugliga arbetsrehabiliterande system dit de kan hänvisa det här slaget av patienter. Denna tolkning har stöd i en sociologisk studie från Lund. I den fann

man att läkaren *inte alls* bara lojalt gör som patienten vill, utan tvärtom är den som har initiativ, makt och kontroll över diagnos och behandling. Eftersom doktorn emellertid *inte kan* skapa arbetsförmåga hos patienter, som inte efterfrågas på arbetsmarknaden valde läkaren, efter att ha avläst patientens *hela situation*, sjukskrivning i brist på rimliga alternativ⁴².

Lars Englunds undersökning visade vidare att mellan 1996 och 2001 hade de direkta samarbetskontakterna mellan försäkringskassan och läkarna i enskilda patientärenden i form av möten, tillgång till och kontakt med speciell handläggare samt återkopplingar minskat. De som *trots allt* hade kvar sådana kontakter sjukskrev för signifikant kortare perioder än de andra. Mot den här bakgrunden skulle man kunna tänka sig att där man kan återskapa reella förutsättningar för en kvalificerad arbetsanpassning på arbetsplatserna samt goda, nära och täta kontakter mellan distriktsläkare och försäkringskassans handläggare skulle sjukskrivningsmönstren kunna ändras. Det framhålls i andra utredningar⁴³ att förändrade coping-mönster (mönster för att hantera påfrestningar och stress), ökat alkoholbruk, övervikt och psykiska problem hos yngre människor sannolikt är bidragande orsaker till sjuktalet. Man bör mot den bakgrunden fråga sig vilka reella förutsättningar distriktsläkare och primärvården över huvud taget har för att effektivt kunna arbeta såväl förebyggande som behandlingsinriktat mot detta.

Är då följande orealistiskt?

Att skapa förutsättningar för ett nära samarbete med ömsesidig återkoppling mellan primärvård och försäkringskassans personal kring individuella sjukfall? Att utbilda läkare i försäkringsmedicin och försäkringskassans personal i sambanden mellan sjukdom, sjukskrivning och arbetsförmåga? Att återskapa kvalificerade yrkesrehabiliterande anpassningssystem för samverkan mellan patient, arbetsgivare, behandlande läkare, försäkringskassa och arbetsförmedling? Att ge primärvården resurser och kompetens för individuella och programbaserade insatser inom coping, missbruksfrågor, övervikt och psykiska problem hos unga?

Ja, förmodligen är det helt orealistiskt i dagens samhällsklimat.

Trots det är det *endast* genom den sortens åtgärder som förutsättningar finns för att både i någon mån påverka sjuktalet⁴⁴ och samtidigt upprätthålla läkaryrkets integritet, trovärdighet och etiska grund. Att bedöma sjukdom och eventuellt ned-satt arbetsförmåga kan *bara* göras genom tillämpning av medicinsk, klinisk yrkeskunskap och läkekonst i direkta personliga möten med den enskilde patienten. Det *går inte* att göra på distans med akter, journaler och utlåtanden som bas: det biomedicinska sjukdomsbegreppets förmodade rätlinjiga samband med arbetsförmåga är en obevisad dröm utan minsta förankring i evidensbaserat tänkande.

- 1 SBU. *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt*, Rapportnr 167, Stockholm 2003.
Hogstedt, C (red). *Den höga sjukskrivningen – sanning och konsekvens*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm 2004.
Socialstyrelsen. *Sjukskrivningsprocessen i primärvården. återföring av tillsynsbesök 2004*. Stockholm 2004.
Alexandersson K (red). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Sektionen för personskadeprevention, KI, Stockholm 2005.
Sveriges läkarförbund. *Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen – ett policyprogram*, Stockholm 2005.
Marklund S (red). *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm 2005.
- 2 Detta har under senaste åren uttryckts på otaliga ställen och på många olika sätt t.ex. av Riksförsäkringsverkets förra chef, Anna Hedborg på *Dagens Nyheter*-Debatt 2004-09-17 i artikeln »Trötta sjukskriver sig« och i huvudledare i *Dagens Nyheter* 2003-01-16: »Det fridlysta systemfelet«
- 3 Regeringens proposition 1996/97:28. Kriterier till rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension. Socialdepartementet, Stockholm 1997.
- 4 Järhult B. »Är det längre möjligt att samarbeta med försäkringskassan?« *Svensk rehabilitering* 2/2005.
- 5 Werkö L. »Att inte må bra- är det sjukdom? Sjukvården vacklar vid den diffusa gränsen mellan hälsa och sjukdom.« *Läkartidningen* 2005;102:2407-2409.
- 6 Gerner U. *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*, Stockholms universitet, Socialhögskolan 2005.
- 7 http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_su_diva-521-2__fulltext.pdf
- 8 Sjukdomsbegreppens komplexitet och mångtydighet diskuteras klart och ingående i Juul Jensen U. *Sjukdomsbegreppet i praktiken*. Esselte Studium 1985;.
- 9 Wulff H, Pedersen SA, Rosenberg R. *Medicinens filosofi*. Daidalos 1992.
- 10 Illich I. *Den farliga sjukvården*, Aldus 1975.
- 11 Almqvist CJL. *Det går an*. Klassikerförlaget 2004.
- 12 Englund L. »Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven?« *FKF Debatt*, 1997.
- 13 »Tredje vågens sjukdomar.« I: *Inomhusklimat Örebro 2000*, Konferensrapport, Regionssjukhuset i Örebro, 2000.
- 14 Gunnarsson L-G. »Onda cirklar av stress och oro kan ta sig uttryck i kroppsliga symtom.« *Läkartidningen* 2001;98:5856-5857.
- 15 Arnetz BB. »Causes of change in the health of populations: A biopsychosocial viewpoint.« *Soc Sci Med* 1996; 43:605-608.
- 16 Arnetz BB, Wiholm C. »Technological stress: psychophysiological symptoms in modern offices.« *J Psychosom Research* 1997;43:35-42.
- 17 Hyams KC. »Developing case definitions for symptom-based conditions: the problem of specificity.« *Epidemiologic Reviews* 1998;20:148-156.
- 18 Evengård B, Sachs L. »Speciell patient-läkarrelation vid kroniskt trötthetsyndrom. Antropolog och läkare söker ny kontaktmodell.« *Läkartidningen* 2000; 97:176-181
- 19 Borgenhammar E, Olin R. *Tillitsbristsjukdomar – myt eller verklighet*. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén, 1998.
- 20 Marklund *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*, se ovan. De övriga huvudorsakerna befins vara arbetskraftens åldrande, sysselsättning och arbetslöshet samt administrativa brister, bl.a. inom rehabiliteringsområdet.
- 21 Johannisson K. »Diagnosen frälsar och förbannar.« *Axess*, nr 5;2003
- 22 Rudebeck, CE. *Försvara familjemedicinens särart*. FAMMI
- 23 Thörn, Å. »Methodologic aspects of the study of modern-age disease: The example of sick-building syndrome.« *Int J Occup Environ Health* 2002; 8:363-370.
- 24 Gannik DE. »Situational disease.« *Family practice* 1995;12:202-206
- 25 Thörn Å. »Konsten att studera nya diagnoser.« I (red. Johansson/Stålbom) *Människan inomhus. Perspektiv på vår tids inneklimat*. Formas förlag 2003.
- 26 Awiwa Keller, *Dagens Nyheter* 05-11-11:

- »Sjukskrivningar belastar psykvården.«
- 27 »Försäkringen måste stramas upp för att bli rättvis.« *Dagens Nyheter* 2005-06-28.
- 28 Larsson L, Kruse A, Palme M, Persson M. *En hållbar sjukpenningförsäkring*. SNS förlag 2005.
- 29 Larsson L, Kruse A, Palme M, Persson M. »Nio av tio friska som vill ha sjukintyg blir sjukskrivna.« *Dagens Nyheter* 2005-11-23.
- 30 Axelsson har skrivit en dokumentär bok (*- och dom som inte har*, Rabén Prisma 1996) som bland annat visar hur bräckliga välfärdssystemen är och hur illa människor far när dessa sviktar.
- 31 Sven-Eric Liedman har behandlat läkarroll och sjukdomsbegrepp i sin avhandling *Israel Hwasser, Almqvist & Wiksell* 1971 och i artikeln »Det vita skräpet«, *Ord & Bild* 1975;84(6):313-317 samt upplysningsprojektet och moderniteten i boken *I skuggan av framtiden*, Albert Bonniers förlag 1997.
- 32 Arrangör: Werner Jäger, Rehabforum Norr
- 33 Johansson B H. »Allvarliga brister vid bedömning av arbetsförmåga vid sjukdom.« *Läkartidningen* 1999;96:3641-6.
- 34 Niklasson J. *Slutrapport. Uppföljning av nej till sjukpenning*, Försäkringskassan, Dnr 114045/2005 (http://www.forsakringskassan.se/press/pressmed/pm2005/pm37_05/dokument/pm37_05slutrap.pdf).
- 35 Josefsson I. *Kunskapens Former: Det Reflekterade Yrkeskunmandet*. Carlssons Förlag 1991.
- 36 Färdow J. »Sjukskrivningarna, begreppsforvirringen och vår bristande samsyn.« *Läkartidningen* 2004;101:808-810, Nordemar, R m fl »Jag skulle bevisa att jag var sjuk, men hur? Jag har ju inget blytläs i nacken.« *Läkartidningen* 2000, 97:46054606. Järhult B. »Är det längre möjligt att samarbeta med försäkringskassan?« *Svensk Rehabilitering* 2/2005.«
- 37 Englund, Lars. *Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting*. Centrum för klinisk forskning Dalarna, Falun 2001.
- 38 Lindman A. »Analys av resultatet sjukskrivningsaudit 2003 och 2004« (<http://www.fammi.se/fammi-web/jsp/polopoly.jsp?d=1207&a=2923>)
- 39 Se t.ex. Hanne Kjölle, »Dyrt när sjukskrivning är gratis« *Dagens Nyheter* 2002-11-22
- 40 Merete Mazzarella. »Utslagningen inbyggd i dagens arbetsmarknad.« *Svenska Dagbladet* 2005-11-08.
- 41 Larsson, Marklund, Westerholm. »Bilderna av en masssjukskrivningsepidemi i Sverige felaktiga« (http://www.arbetslivsinstitutet.se/pdf/051017_Artikel.pdf)
- 42 Antoinette Hetszler. »Sjukskrivningstiden för benbrott fördubblad på tio år« *Dagens Nyheter* 2005-05-24.
- 43 Marklund, *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*.
- 44 De går naturligtvis att påverka genom tekniska åtgärder, som till exempel att införa en bortre gräns på något halvår, helt avskaffa sjukförsäkringen eller genom andra liknande alexanderhugg.

Feministisk forskning tydliggör att all forskning är politisk

Annika Forssén och Gunilla Carlstedt

Att medicinsk forskning ofta utesluter kvinnor och betraktar männens kroppar och laboratorievärden som det normala, är numera välkänt. Att det inte räcker med att forska mer på kvinnor eller att ha kvinnliga forskare, visar Annika Forssén och Gunilla Carlstedt i den här artikeln. Den väcker till en betraktelse över hur kunskap skapas, hur forskarens kön, klass, etnicitet påverkar forskningen och hur maktordningar skulle kunna uppmärksammas inom forskning.

Annika Forssén är distriktsläkare i Luleå, medicine doktor och forskare vid Umeå universitet. Gunilla Carlstedt är medicine doktor och forskare och har som läkare arbetat inom allmänmedicin och psykiatri. De har bägge varit verksamma inom medicinsk kvinno/genusforskning sedan början av 1980-talet. År 2003 gav de ut boken *Varsågod och var stark – om kvinnors liv, arbete och hälsa under 1900-talet*, som en populärvetenskaplig version av deras gemensamma avhandling.¹

»Kvinnoforskning«, eller feministisk forskning, utgör ett kompetensområde inom de flesta vetenskaper idag. Den har sitt ursprung i de kvinnoemanciperande rörelser som sedan länge funnits i västvärlden. I Sverige var redan vid förra sekelskiftet kvinnliga läkare engagerade i kampen för kvinnors rösträtt och rättigheter på arbetslivsområdet – och såg dessa som viktiga hälsofrågor. I de »nya« kvinnorörelser som växte fram i västvärlden under 1960-talet

har kampen för bättre villkor och »halva makten« för kvinnor fortsatt. Detta har även varit grunden för den forskning som utvecklats och som kallats kvinno-, köns- teoretisk- eller feministisk forskning, och som ingår som en del av det som idag i Sverige kallas genusforskning.

I Norden har, till skillnad mot i många engelskspråkiga och latinska länder, ordet feminism länge ansetts för »laddat« och begreppet kvinnoforskning har därför

under lång tid fått omfatta många av kunskapsområdets olika grenar. Ser vi tillbaka i historien har ordet feminism emellertid använts både på sent 1800-tal och på 1930-talet i Sverige.² Här väljer vi att använda begreppen feministisk forskning och kvinnoforskning som synonymer.

Att lägga till kvinnor

Medicinsk vetenskap präglas av en tro på, och ett ideal om, att den är könsneutral. Varken forskarens/läkarens eller patientens kön har ansetts påverka, eller böra påverka, de processer som skapar kunskap. Samtidigt har kunskapandet till stor del utförts i ett perspektiv där den »normala« människan är en man – dessutom vanligen vit och ung. »Andra«, inte minst kvinnor, har blivit »avvikare«.³ Därför har könsneutrala rubriker länge kunnat användas på forskning som enbart handlat om män, medan forskning om kvinnor genomgående gjort sin begränsning tydlig redan i titeln. Forskning som framställs handla om arbetare visar sig till exempel ofta handla om enbart män. Handlar det om kvinnor talas det däremot alltid om kvinnliga arbetare.

Att kvinnor ofta uteslutits ur forskning som trots detta använts som om den var lika giltig för båda könen – till exempel när det gäller hjärt-kärlsjuklighet – blev tidigt uppenbart för kvinnoforskare.⁴ En första uppgift blev därför att komplettera och korrigera medicinsk kunskap så att den också innefattade kvinnor. I fortsättningen kallar vi det arbetet för »tilläggsprojektet«.⁵ Internationellt tog arbetet fart på 1970-

talet. I Norden har det pågått sedan början av 1980-talet.

Tilläggsforskning inom »medicinsk kvinnoforskning« innebar bland annat att kritiskt granska pågående forskning och etablerade resultat, till exempel när det gällde normalvärden, och att uppmärksamma sjukdomar som trots att de drabbar många kvinnor tilldelats små forsknings- och behandlingsresurser. Det sistnämnda gäller exempelvis sjukdomar i leder, muskler och urinvägar.⁶ »Tilläggsprojektet« är fortsättningsvis synnerligen nödvändigt; kvinnor och kvinnors sjukdomar och symtom utesluts eller förbises fortfarande på fördomsfulla grunder ur medicinsk forskning⁷

Tilläggsprojektets begränsningar

Som förändringsprojekt räcker det emellertid inte med bara ett tilläggsprojekt. Dessutom kan det bli fel. Detta därför att grundläggande teorier och begrepp i vetenskapen utgår från mäns erfarenheter och inte räknar med kvinnors. Att enbart »lägga till« problematiserar inte heller de *processer* som leder fram till kunskap, det vill säga hur kunskap skapas.⁸

Inom vårt eget forskningsområde »arbete och hälsa« finns ett flertal exempel på att kvinnor på ett irrelevant sätt uteslutits från forskning som gällt förvärvsarbete och arbetsmarknad. Forskning har inte heller uppmärksammat för kvinnor viktiga arbetsområden, såsom till exempel obetalt arbete i hemmet. Tänkbara orsaker till det senare är att begreppet »arbete« vanligen förknippas med förvärvsarbete och att det obetalda arbetet inte räknas i sjukförsäk-

ringssammanhang. En bidragande orsak kan också vara att hemmet för många forskande män i första hand utgjort en »viloplats« – till skillnad från den arbetsplats det utgjort, och utgör, för flertalet kvinnor. När forskning inkluderat kvinnor har den inte sällan gett resultat som blivit »svårtolkade« eller inte stämt överens med rådande teorier. Inte minst det sistnämnda visar att det inte räcker att »lägga till« kvinnor till rådande vetenskap.⁹

Å andra sidan har, på ett område, medicinens intresse riktats särskilt mot kvinnor. Det har gällt deras biologi och oftast handlat om särdrag kopplade till fortplantningen – menstruation, graviditetsprevention, barnafödande, klimakterium. Självklart är det bra att kvinnors specifika biologi uppmärksammas. Problemet är dock att biologin i hög utsträckning behandlats som vore den åtskild från kvinnors arbete och livsvillkor. Detta har lett till ensidiga och förenklade frågeställningar och förståelsemodeller. Vidare har kvinnors normala funktioner inte sällan kommit att framställas som onormala, som defekter eller bristtillstånd, vilket inneburit en medikalisering av kvinnors biologi.¹⁰

En nära koppling har också gjorts mellan kvinnors biologi och psyke. Det senare har då tenderat att bli betraktat som enhetligt och könsbiologiskt bestämt. Som konsekvens har vår kunskap om orsaker till psykisk ohälsa hos kvinnor länge förblivit undermålig. Kvinnors personlighet har satts i fokus, på bekostnad av deras arbete, livsvillkor och ålägganden. Ett exempel utgör den första medicinska avhandlingen om kvinnomisshandel i Sverige.¹¹ Författa-

rens klassifikation av misshandlade »hustrutyper« – de »inadekvata«, de »provocerande« eller de »höggradigt kompetenta« – visar på en förståelse av kvinnorna själva som orsak, eller åtminstone utlösare, av misshandeln. Någon diskussion om männen som slår, och deras motiv för sina handlingar, finns inte i avhandlingen. Därmed döljs såväl maktrelationen mellan könen som att långvarig misshandel ger upphov till vittomfattande kroppsliga och psykiska symtom.¹² Hjärn- och könshormonforskning har också idag en framträdande plats inom medicinsk vetenskap när det gäller att förklara kvinnors psykiska ohälsa, och utan att hänsyn tas till livsvillkorens betydelse.¹³

Kvinnoperspektiv

Det har således blivit nödvändigt att ifrågasätta vetenskapen på ett djupare plan, det vill säga dess »fakta«, värderingar och innebörder. Denna motprocess har kallats för »kvinnoperspektivet«.¹⁴ Här har kvinnors erfarenheter – deras villkor, positioner och vad de gör – gjorts till utgångspunkt vid forskning. Detta har i sin tur fått konsekvenser för utvecklandet av teorier såväl som metoder, och har därför utgjort en större utmaning för forskarsamhället än »tilläggsprojektet«.

Utvecklandet av »kvinnoperspektivet« har inte minst skett mot bakgrund av de kvinnliga forskarnas egna erfarenheter som kvinnor, privat och i offentlig verksamhet. Identiteten som kvinnor har således använts medvetet. Genom detta har uppmärksamhet riktats mot att även män tillhör ett kön.

Kvinnoperspektivet har gjort det tydligt att mäns könstillhörighet har betydelse för vetenskap och forskning på ett mer genomgripande sätt än vad »tilläggsforskningen« gjort synligt. Föreställningar om och förväntningar på män, och den egna upplevelsen av att vara man, påverkar om *vad*, utifrån vilka *föreställningar*, och *hur* män bedriver forskning. Könstillhörighet, liksom etnicitet, klass, kultur etc, utgör således delar av den subjektivitet som alla forskare bär på. Den har betydelse för hur kunskap skapas – och vilken kunskap som skapas och ges giltighet.¹⁵

»Kvinnoperspektivet« sätter således, i motsats till »tilläggsprojektet«, forskningens utgångspunkter, problemställningar och metoder i fråga. Vidare utgår det från att forskarens kön, sociala förankring och identitet är betydelsefulla för forskningens resultat och »objektivitet«.

För lite kön – och för mycket

»Kvinnoperspektivet« har varit, och är, betydelsefullt och nödvändigt i medicinen idag. Samtidigt kan det ställa till med problem, något vi blivit varse i vår egen forskning. När vi synlig- och »värdiggör« det arbete – till exempel ansvarstagande för andras välbefinnande – som »blivit« kvinnors i vårt könsarbetsdelade samhälle, kan resultaten tolkas och användas (av andra) på ett sätt som förstärker tänkandet i »skillnader« mellan könen. Det som av många kvinnor upplevs som nära nog ett »tvång« – axlandet av nämnda ansvar – kan då uppfattas som en naturgiven kvinnlig »dygd«; att kvinnor av naturen är mer ansvars-

tagande än män. Arbetet förvandlas till en positiv »egenskap« och kvinnor blir bättre än män.¹⁶ I samhället rådande arbetsdelning riskerar att ytterligare förstärkas, och kraven på kvinnor kan öka. Detta kallas av en forskare för »spegelvändningsfällan«.¹⁷ Spegelvändningen innebär att kvinnor görs till ny måttstock, placeras över män i en slags egenskapshierarki. Fällan utgörs av att sättet att tänka är detsamma, i dikotomier; världen kan fortsätta att delas upp i stereotyp »manligt« och »kvinnligt«. Det betyder att vi fortsätter att »göra kön«.

Som feminister kan vi bidra till detta genom att göra ovarsamma och icke giltiga generaliseringar – och därigenom förstärka en tendens som redan finns i den medicinska vetenskapens tänkande om kvinnor. Ett till synes banalt vardagsexempel är att ordet »kvinnan« ofta används när det i själva verket handlar om »kvinnor«. Ordet »kvinnan« ger associationer till att alla kvinnor är lika, och uttryck som »kvinnans psyke« ger en föreställning om att alla kvinnors psyken är enhetliga och könsbiologiskt bestämda. Använder vi istället ordet »kvinnor« öppnar vi för att det finns många olika kvinnor – med skilda livsvillkor, behov och problem. Det gäller till exempel olikheter mellan kvinnor beroende på etnicitet, ekonomi och samhällssystem. Samtidigt måste vi som kvinnoforskare ge akt på att kvinnor som grupp delar många villkor; såsom mindre makt och auktoritet i samhället, och en kroppslig utsatthet.

Ska vi sammanfatta problemet som det ter sig inom den gängse medicinen, kan det formuleras som att det både kan bli »för lite och för mycket kön«. Det sistnämnda

inträffar till exempel när biologisk forskning uppmärksammar, eller skapar, olikheter *mellan* könen där olikheterna *inom* könen är mycket större – och drar långtgående samhälleliga konsekvenser av detta. Men problemet med »för mycket kön« kan således uppstå även inom feministisk forskning – genom generaliseringar och ett förenklat tänkande i motsatser.¹⁸

Göra sin position tydlig

Kunskapsteoretiskt kan »kvinnoperspektivet« räknas till de så kallade ståndpunktsteorierna.¹⁹ Dessa utgår från Hegel och hans teorier om att den som är överordnad och har mer makt får en begränsad och förvrängd förståelse. Den som är underordnad kan, enligt detta sätt att se, både tillägna sig kunskap ur den överordnades perspektiv och sådan som härrör ur egen erfarenhet.

Biologen, vetenskapsteoretikern och feministen Donna Haraway har riktat kritik mot de feministiska ståndpunktsteorierna och kvinnoperspektivet. Hon ser en risk i att dessa placerar kvinnor i en privilegierad position när det gäller objektivitet. Hennes reflexioner kring begreppet objektivitet visar i stället på andra sätt att tänka – om all vetenskap och den kunskap den producerar.²⁰

Det vanliga sättet att se objektivitet kallar hon för »gudaknepet« eller »blicken som ser allt från ingenstans«. Forskaren framställs då som en neutral avtäckare av naturens eller forskningsobjektets hemligheter, och blir själv osynlig. I själva verket bär ju dock, som tidigare påpekats, alla forskare på olika

subjektiviteter; formade av det liv vi själva lever och den världsbild och det samhälle vi är delar av. De risker Haraway ser med det gängse sättet att uppfatta objektivitet gäller inte minst frågan om *ansvar*: Forskaren kan inte ställas till ansvar för den kunskap hon/han skapar. Ansvaret läggs i stället på den som använder kunskapen. Denna brist på ansvarstagande menar hon kan gälla även »kvinnoperspektivet«.

För att forskare ska se och tydliggöra att deras forskning är »subjektiv«, det vill säga att den utgår från en plats, utgör en tolkning och representerar dem och deras perspektiv, har Haraway skapat det alternativa objektivitetsbegreppet »positionerade kunskaper« (*situated knowledges*) – eller »partiella, lokalisierbara och kritiska kunskaper«. Begreppet betonar att allt kunskapande utgår från begränsade perspektiv och har begränsad räckvidd. Gör vi oss medvetna om detta kan det ses som en resurs, inte ett problem, samtidigt som alla anspråk på universell kunskap måste tonas ned. Med hjälp av en sådan medvetenhet hade till exempel vita, västerländska, välutbildade feministers dominans och maktutövning över feminister och kvinnor i andra länder, med annan hudfärg eller i andra positioner kunnat undvikas. Idag talar vi om flera feminismer, inte en enda feminism.

Ett annat krav som Haraway ställer är att forskning ska präglas av solidaritet. Detta kan jämföras med hur filosofen Sandra Harding formulerar sina krav på objektivitet:

»... objectivity never has been, and could not be, increased by value neutrality. Instead, it is commitments to antiauthorita-

rian, antielitist, participatory, and emancipatory values and projects that increase the objectivity of science». ²¹

Kravet på solidaritet visar också att Haraways »positionerade kunskaper« inte ska uppfattas som ett inlägg för total relativism, det vill säga att alla utgångspunkter skulle vara lika giltiga (till exempel rasistiska sådana). Total relativism är bara ännu ett sätt att inte ta ansvar, menar hon.

Forskning och politik

Med begreppet »positionerade kunskaper« blir det vidare tydligt att forskning aldrig är a-politisk. Den bär inom sig politiska och etiska ställningstaganden, genom den enskilda forskarens »situering« och genom den forsknings(finansiella)politik som utövas. Forskning har också alltid en inneslående riktning eller strävan. ²² Särskilt tydliga exempel inom medicinen utgör sådan kunskap som haft ett direkt samband med, eller fått inflytande över, politiska beslut. Historiskt gäller det till exempel frågor om rashygien och kvinnors plats i samhället. ²³ Under senare tid har vi (åter) sett ett ökande intresse för könsskiljande forskning. Ett exempel är sådan som fokuserar på skillnader i matematisk förmåga mellan flickor och pojkar och anger könsgenetiska skillnader i hjärnan som orsak. ²⁴ Resultaten ges stor betydelse när det gäller de båda könen möjligheter och livsval. Frågan vi måste ställa är varför sådan forskning ges pengar och uppmärksamhet när de individuella skillnaderna inom könen, och sådana som är relaterade till socialgrupp, är så mycket större. ²⁵ Ett annat exempel på en politiskt

vinklad frågeställning är huruvida kvinnor mår bra av att förvärvsarbeta. Sådan forskning bedrivs bland annat inom så kallad multiple-roleforskning. ²⁶ Mer adekvat, när det gäller kvinnors såväl som mäns arbete, är att fråga *vad* i arbetslivet som är bra för hälsan, och vad som är dåligt. Politisk, och med stora konsekvenser, är också den kraftigt ökade satsning som idag görs på genforskning, på bekostnad av patientnära klinisk forskning (se till exempel *Dagens Nyheter* Debatt 25/4 2000).

Kvinnor som forskar – och kvinnoforskning

Kvinnoforskningen pekar således på att forskarens/läkarens kön är en av de faktorer som har betydelse för vad som ges uppmärksamhet som medicinska problem, och hur medicinska och samhällsreliga synsätt vävs samman. Därmed blir också frågan om »kvinnoforskning och de kvinnliga forskarna« intressant. De första kvinnliga läkarnas verksamhet från sent 1800-tal utgör exempel på detta. De drev till exempel frågan om att kvinnors sexualkunskap och kunskap om den egna kroppen behövde ökas, och att detta var en hälsofråga. ²⁷ Även i nutid är det i första hand kvinnliga läkare och forskare som uppmärksammat den manliga subjektivitet som hittills dominerat i forskning och sjukvård. ²⁸ Många kvinnliga läkare har beskrivit hur deras egen situation, som kvinnor, haft inflytande över deras medicinska ställningstaganden. ²⁹ Men exempel på motsatsen finns också: kvinnliga läkare och forskare som accepterat och själva skapat kunskap

med män som norm. Hur och vilken kunskap kvinnor skapar och vad som, av båda könen, ges giltighet påverkas av det dominerande perspektivet – där bland annat »manscentrering» är framträdande. Dessutom är det vanligt att kvinnliga läkare delar andra villkor och värderingar mer med sina manliga kollegor än med flertalet av sina patienter. En privilegierad ekonomisk verklighet kan till exempel, även för en kvinnlig läkare, göra det svårt att föreställa sig en lågavlönad kvinnas vardagliga påfrestningar. Likhet mellan könen kan således ibland bli mer utslagsgivande än gemensam könstillhörighet.

Å andra sidan har kvinnliga läkare, som kvinnor, många erfarenheter som skiljer sig från mäns. Genom att mäns kroppar och erfarenheter gjorts till det »normala» (i medicinen) kan det bli svårt att identifiera och ge »namn» åt sådana erfarenheter. Om så sker är det vidare inte självklart att dessa uppfattas som relevanta och betydelsefulla i ett medicinskt sammanhang, ens av kvinnorna själva. Än mindre givet är att det går att göra dem gällande i vetenskapsvärlden.

Att fler kvinnor blir forskare innebär således inte med automatik, i enlighet med vad vi diskuterat ovan, en förändring av vetenskapen i riktning mot ökad könsteoretisk kompetens. Inga särskilda krav och förväntningar ska heller ställas på kvinnor att föra in nya kvaliteter i forskningen. Dock är det inte sällan sådana motiveringar som förs fram som skäl till att fler kvinnor behövs, till exempel inom teknik och naturvetenskap.³⁰ Det är i stället en *rättvisefråga* att kvinnor ska ha samma möjligheter till både forskning och karriär inom akademien.

Medicinsk kvinnoforskning, mansforskning, queerforskning – och vetenskapsfrågan

»Kvinnoforskningen« har visat på köns-skevheter och förtryck inbyggda i medicinsk och annan vetenskap. »Medicinsk kvinnoforskning« har skapat kunskap om vad kvinnors mindre makt i samhället betyder för kvinnors hälsa och hur detta påverkar mötet med vården och den kunskap och praktik som utvecklas i medicinen. Vidare har de samband som föreligger mellan medicinsk vetenskap och övrigt samhällsliv uppmärksammats.³¹

Den kritik som förts fram mot »könsblind« forskning, och de forskningsresultat som presenterats inom området, har på senare år nått en viss genomslagskraft också inom etablerad medicinsk vetenskap. Samtidigt har även så kallad mansforskning börjat utvecklas – som en konsekvens av och fortsättning på, kvinnoforskningen och dess teoretiska utveckling. När *relationen* mellan könen och inte endast kvinnorna, satts i fokus har det blivit alltmer ofrånkomligt att också män har ett kön. Frågor som rör mäns större makt (som grupp), könsarbetsdelning privat och offentligt, och hur normer om »manlighet» skapas i vårt samhälle, har börjat sättas i relation inte enbart till kvinnors hälsa utan också till mäns.³² Också så kallad queer-forskning har börjat utvecklas inom medicinen, och innebär att rådande heteronormativitet sätts i relation till hälsa/ohälsa och sjukvård.³³ Samtidigt har begreppet intersektionalitet tillskapats för att uppmärksamma de maktordningar som finns mellan människor, beroende på

till exempel kön, etnicitet och socioekonomiska förhållanden, och sätta dem i fokus också i vetenskapen.³⁴

Ett sammanfattande begrepp (i Sverige) för alla dessa inriktningar, inkluderande kvinnoforskning, är genusforskning. Kvinnoforskningens historia, teoretiska utveckling och utvidgning till andra områden, reser i sin förlängning frågor om vetenskapens fortsatta möjligheter och begränsningar. Insikten om att vi i forskning inte söker och finner kunskap, utan *skapar* den och har ansvar för den, är nödvändig också inom medicinen. Detta är en förutsättning för rättvisare fördelning av hälsa – mellan människor av olika kön och med andra skillnader i livsvillkor och möjligheter.

- 1 Annika Forssén, Gunilla Carlstedt, *Varsågod och var stark. Om kvinnors liv, arbete och hälsa under 1900-talet*. Studentlitteratur 2003.
- 2 U Manns, *Kvinnofrågan 1880-1921. En artikelbiografi*. Arkiv förlag 1992.
- 3 Se A Bexell, »Kvinnoforskning inom medicinen – behövs det?« I *Vetenskap, patriarkat och makt. Rapport från kvinnouniversitetet*, Akademitlitteratur, 1983, s.97-107; K Borum »Medicinsk kvindeforskning i vetenskapsteoretisk belysning«, *Socialmedicinsk tidskrift*, 1985; 62(8-9):359-365; I Krarup-Sørbye, »Om könnsförståelser i medicin – en kritisk betraktning«, Oslo: NAV, *Nytt om kvinnoforskning*, 1996; (2):4-16.
- 4 K Schenk-Gustafsson, K Orth-Gomér, »Ischemisk hjärtsjukdom hos kvinnor«. I A Hamsten m.fl. (red.) *Sekundär prevention vid hjärt-kärlsjukdom*, Stockholm: Socialstyrelsen. Rapport 1992; 16:96-104.
- 5 Jf S Harding, *The Science Question in Feminism*, Stony Stratford 1986.
- 6 K Malterud, »Fibrositpasienter – eller kvinnor som strekker seg for langt?« *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 2648-4; Forssén, »Kroniskt uretralt syndrom – ett dolt kvinnogiselsel«. *Läkartidningen* 1988;85:1339-41.
- 7 M Söderström, »Genusperspektiv på forskningsetisk granskning«. I B Hovelius, E Johansson (red) *Kropp och genus i medicinen*, Studentlitteratur 2004.
- 8 Harding, *The Science Question in Feminism*, se ovan. A Saarinen, »Kvinnoforskningens interventionsprojekt – problem och utmaningar«, *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 1989; 10(3-4): 62-74.
- 9 Carlstedt, Forssén, *Mellan ansvar och makt*, se ovan.
- 10 A Fausto-Sterling, *Myths of Gender. Biological theories about men and women*. New York 1992; Forssén, K Hamberg, »Nyansera debatten om likhet och särart«. I »Hormoner och positioner«. *Bang*, 1994; (1):37-38, 61; Forssén, Carlstedt, *Varsågod och var stark*, s. 265; A Forssén, »Feminism och medicinsk vetenskap – en provokativ betraktelse«. I Hovelius, Johansson, *Kropp och genus i medicinen*, se ovan.
- 11 B Bergman, *Battered wives. Why are they beaten and why do they stay?* Avhandling, Karolinska institutet, Huddinge sjukhus 1987.
- 12 S B Plichta, »Intimate partner violence and physical health consequences. Policy and practice implications«. *J Interpers violence*, 2004; 19:1296-1323; B Wijma, K Wijman, »Sviter av övergrepp dold sjukdomsorsak«, *Läkartidningen* 1993; 90:614-16; K Hamberg, E Johansson, G Lindgren, »I was always on guard' – an exploration of women abuse in a group of women with musculoskeletal pain«, *Family Practice* 1999, 16 (3): 238-44.
- 13 *Uppföljning av Vetenskapsrådets beredning och utfall av genusvetenskapliga projektansökningar inom medicinsk vetenskap år 2004*. Kommande rapport.

- 14 Saarinen, »Kvinnoforskningens interventionsprojekt – problem och utmaningar«, se ovan.
- 15 Harding, *The Science Question in Feminism*, se ovan.
- 16 Forssén, »Gör vi dygd av tvånget och kvinnor till mäns motsatser? En kritisk självreflexion om feministers lust till ett kvinnligt väsen«, *Socialmedicinsk tidskrift* 1998; 75(1-2): 19-23.
- 17 E Lundgren, *Det får da være grenser for kjønn. Voldelig empiri och feministisk teori*. Oslo 1993.
- 18 K Strand, »Det kan bli både 'for mye' og 'for lite' kjønn – og gjerne samtidig – i forskning om forholdet mellom arbeid og sykdom«, *Kvinneforskning*, 1996; (1):41-49.
- 19 Harding, *The Science Question in Feminism*, se ovan; Saarinen, »Kvinnoforskningens interventionsprojekt – problem och utmaningar«, se ovan.
- 20 D Haraway, »Situated Knowledges: the Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective«. I D Haraway (red.), *Simians, Cyborgs and Women. The reinvention of nature*. New York 1991.
- 21 Harding, *The Science Question in Feminism*, s.173.
- 22 E Fox-Keller, *Secrets of life, secrets of death. Essays on language, gender and science*, London och New York 1992; Borum, »Medicinsk kvindeforskning i videnskabsteoretisk belysning«, se ovan.
- 23 M Runcis, *Steriliseringar i folkhemmet*, Ordfront 1998; B Ehrenreich, D English, *Complaints and disorders. The sexual Politics of Sickness*. London 1976; K Johannisson, *Den mörka kontinenten*, Norstedts 1995; S Sherwin, *Bioetik i ett feministiskt perspektiv*, Studentlitteratur 1998.
- 24 R Robèrt, K Uvnäs-Moberg, *Hon & Han. Födda olika*, Brombergs 1994.
- 25 M Kimball, »Bara en myt att flickor är sämre i matematik«, *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 1994; 15(4):40-53.
- 26 Carlstedt, Forssén, *Mellan ansvar och makt*, s.222; K Strand, »Det kan bli både 'for mye'...«, se ovan.
- 27 Forssén, Carlstedt, *Varsågod och var stark*, s.14; A Nilsson, *Glimtar ur mitt liv som läkare*, Natur och Kultur 1963; K Widerström, *Kvinnohygien I. De kvinnliga underlivsorganen, deras förrättningar och vård*. Norstedts 1899, 1903, 1906, 1914, 1920, 1924.
- 28 G Risberg, »I'm solely a professional – neutral and genderless.« *On gender bias and gender awareness in the medical profession*. Akad. Avhand. Umeå universitet, Department of Public Health and Clinical medicine, 2004.
- 29 E Hultcrantz (red.) *Läkare, doktor och kvinna*, Studentlitteratur 1998.
- 30 L Trojer, E Gulbrandsen, *Gränsöverskridare och normbärare – kvinnliga doktorander på teknisk fakultet*, Centrum för kvinnoforskning nr 8, Tekniska högskolan i Luleå 1996.
- 31 Carlstedt, Forssén, *Mellan ansvar och makt*, s.42, se ovan.
- 32 D Sabo, D F Gordon (red.), *Men's Health and Illness. Gender, Power and the Body. Research on Men and Masculinities*. Thousand Oaks, London och New Dehli 1995; Hovelius, Johansson, *Kropp och genus i medicinen*.
- 33 A Westerståhl, *Encounters in the medical context – issues of gender and sexuality*, Akad. Avhandl. Göteborg University, Department of Primary Health Care, 2003.
- 34 »Intersektionalitet fokuserar skärningspunkten mellan olika samhälleliga maktordningar – men hur kan det användas i praktiken?« *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 2005; (2-3):1-139.

Risk för könsstereotypa idéer

Om vikten av att granska forskning kring biologiska könsskillnader

Katarina Hamberg

Hur har könsskillnader – faktiska eller föreställda – beskrivits i forskningen? Och vilka skillnader är egentligen fakta? Katarina Hamberg är universitetslektor och docent i allmänmedicin vid Umeå Universitet. Hennes forskning har en genusinriktning och rör bland annat kvinnor med långvarig värk, bemötande av patienter och läkarrollen. Som ordförande i medicinska fakultetens genuskommitté har hon under 2001–2005 arbetat med att »kvalitetssäkra« genusperspektivet på vårdutbildningarna. I den här artikeln ger hon en historisk tillbakablick över forskningen, och visar hur skillnaderna inom samma kön ofta är större än mellan män och kvinnor. Ändå har små skillnader i små studier blåsts upp och tidskrifterna tenderar att hellre publicera resultat som visar skillnader. Hamberg går systematiskt igenom utvecklingen.¹

Det har under de senaste decennierna förts en livlig debatt om »den biologiska grunden« till könsskillnader beträffande hälsa, sjukdom, reaktionsmönster, känslor, beteenden och kognitiva förmågor.²

Debatten förs inom vetenskapssamhället men också på kliniker, i massmedier och inom politiken. Frågan är på intet sätt ny. Den bär eko från historien där sociala och beteendemässiga skillnader mellan kvinnor och män ofta givits biologiska förklaringar.³ Förklaringarna har växlat från tid till tid

men gemensamt för dem har varit, att de har använts för att visa att den rådande arbets- och maktfördelningen mellan könen är »naturlig«. Vetenskapen har på det sättet kommit att legitimera förhållanden där kvinnor inte har haft samma ställning i samhället som män.

Debatten om biologiska könsskillnader blir ofta engagerad, polemisk och ideologisk. Samtidigt som ingen säger sig tro att »allt är socialt« och ingen heller menar att »biologin förklarar allt« präglas

diskussionen av denna uppdelning. Den som ifrågasätter trovärdigheten i biologiska studier uppfattas lätt som biologifientlig och tvärtom. I mitt eget arbete som forskare och distriktsläkare är kroppen och kroppens processer centrala, och kunskaper om biologiska könsskillnader, till exempel vad gäller läkemedelseffekter och biverkningar, är därför angelägna. Men i en miljö där biologin är ständigt närvarande är också risken stor att biologiska fenomen – faktiska eller föreställda – ges ett alltför stort förklaringsvärde, och det är detta problem som jag skall belysa här.

Jag kommer att presentera historiska och aktuella biologiska förklaringsmodeller till kognitiva och beteendemässiga könsskillnader samt ge exempel på aktuell medicinsk forskning inom området. Syftet är att peka på några teoretiska och metodologiska svagheter som ofta förtigs i den allmänna debatten men också att problematisera själva fokuseringen på biologiska könsskillnader. Jag börjar med historien.

Från enkönsmodell till tvåkönsmodell

Från antiken och fram till 1500-talet var det vanligt att filosofer och läkare betraktade män och kvinnor som olika varianter av samma biologiska kön. Synen på manligt och kvinnligt kön dominerades alltså av en enkönsmodell. Galenos, grekisk läkare och anatom, uttryckte denna uppfattning mycket tydligt: »Vänd kvinnans [könsdelar] utåt, vänd så att säga mannens inåt och vik dem dubbla, så ska du finna det samma hos båda i varje avseende.« Pungen

motsvarades av livmodern, äggstockarna av testiklarna och slidan var penis men inåtvänd. Enligt antikens läkare hade kvinnorna precis samma organ som männen, men på fel ställen.⁴

Enkönsmodellen till trots, visst såg man på kvinnor och män som olika även under den för- och tidigmoderna perioden. Enligt enkönsmodellen var kvinnan passiv, sämre utvecklad och underlägsen mannen fysiskt såväl som intellektuellt, vilket kunde förklara hennes undanskymda plats i samhället. Men till skillnad mot idag kopplades inte könsskillnader i beteende till anatomiska skillnader. Med modern terminologi kan man säga, att man hade två sociala men endast ett biologiskt kön.

Under perioden från 1500-talet till 1700-talet växte emellertid en biologisk tvåkönsmodell fram. Istället för att utgöra olika utvecklingsstadier av samma biologi började könen nu ses som varandras motsatser. Enligt denna modell ansågs fortplantningsorganen vara grundvalen för skillnader som genomsyrade hela kroppen, från könsorgan till skelett och hjärna. Anatomernas syn på dessa fysiska skillnader märks till exempel av deras tolkningar av kvinnoskelett, med breda bäcken och små skallar, som de konstruerade under 1700-talet. De små skallarna användes som argument för att kvinnor inte hade samma intellektuella förutsättningar som män, och de breda bäckenen ansågs visa på deras uppgift att föda barn. Senare fann man, att om hänsyn togs till kroppsvikt var kvinnors kranier *de facto* större än mäns. Då diskuterade man istället om kvinnors större skalle tydde på »incomplete growth«. Liksom barn hade

kvinnor stora skallar och i vissa anatomi-böcker betonades på 1800-talet just likheten mellan kvinnan och barnet.⁵

Med stöd av tvåkönsmodellen och de biologiska olikheter man ansett sig finna, fortsatte läkare och politiska tänkare att hävda att jämlikhetsidéer var emot naturen. Eftersom kvinnors uppgift var att föda barn behövde de inte någon högre utbildning och borde inte heller delta i samhällsbesluten, menade man.

Gårdagens Darwinism och dagens socialdarwinism

Under senare delen av 1800-talet slog Charles Darwins evolutionsteorier om det naturliga och sexuella urvalet (att de starka och bäst anpassade i en art överlever och förökas) igenom. Teorierna, som i sig var inspirerade av dåtidens liberala ekonomiska idéer, fick stort inflytande på såväl vetenskap som politik, och inte sällan anfördes Darwins lära som bevis för att skillnader i makt, inflytande och ekonomi var »naturliga« och en avspiegling av evolutionsprocessen. Med hänvisning till Darwin söktes biologiska förklaringar till föreställningen att svarta och andra raser var lägre utvecklade än européerna, och denna forskning användes också för att rättfärdiga koloniseringen i Afrika, Australien och Amerika.⁶ Vissa anatomer ansåg till exempel att de kunde skilja en »hottentott« från en »arier« genom att undersöka hjärnbalken, corpus callosum, eller andra strukturer i hjärnan vid obduktion – och på samma sätt jämfördes hjärnor från män och kvinnor.⁷

Detta sätt att använda evolutionsläran

och biologin för att förklara aktuella sociala skillnader mellan olika folkgrupper (eller mellan män och kvinnor) kom att kallas socialdarwinism. Som vetenskaplig strömning fick den inflytande i den medicinska forskningen fram till andra världskriget. När nazismens rasidéologi kollapsade blev det också tyst från socialdarwinisterna; under några årtionden var det inte politiskt och vetenskapligt möjligt att offentligt resonera i dessa banor. Debatten tog emellertid ny fart under mitten av 1970-talet när Edward O Wilson publicerade boken *Sociobiology: The New Synthesis* (1975), samma år som den vetenskapliga tidskriften *Sociobiology* grundades.⁸ Socialdarwinistiska uttolkningar av evolutionsläran, eller sociobiologiska som tankegångarna ofta kallas, finns sedan dess ofta med som en ram när könsskillnader diskuteras.

Den sociobiologiska tolkningsramen präglas av tre sammanlänkade teorier: teorin om dominant hane, livmoder-teorin och teorin om arbetsfördelningen mellan könen under jägar-samlarperioden. Gemensamt för dem är att de tolkar historien och människans utveckling med nutida könsrollsmönster som förebild samt implicerar att närmast direkta överföringar och jämförelser mellan djurs och människors beteende är möjliga att göra.⁹

Enligt teorin om det sexuella urvalet är det den starkaste och mäktigaste hannen som får para sig med flest honor.¹⁰ Den dominante hannens gener förs vidare och arten blir därigenom successivt bättre anpassad. Teorin om »dominant hane« ges ofta som förklaring till hur djur och människosamhällen är organiserade och

varför vissa män uppträder aggressivt eller inte håller sig till en sexualpartner.¹¹ Teorin tillämpas således både på en samhällelig och på en individuell nivå. Motsvarande synsätt har även applicerats på cellulär nivå. Har den snabbaste spermien bäst genetiskt material?

Men teorin om »dominant hanne« har uppenbara svagheter. För det första har dominanta hannar i djurvärlden inte dominans över honor och ungar. Hannarna kämpar sinsemellan om tillgången på honor. Men den som vinner har inte makt över honorna – bara om och när honorna släpper till blir det parning. Vad gäller aggressivitet är det också tveksamt om teorin håller. Hannar slåss visserligen med varandra men farligast och aggressivast är ändå honor med ungar.¹² Huruvida de snabbaste spermierna är de »bästa« är något som vi heller inte vet i nuläget.

Trots dessa brister lever teorin kvar. För några år sedan publicerades dock en avgörande invändning som kanske kan stimulera till nytänkande. I en studie i Västafrika kontrollerades med DNA-analys vem som var far till de ungar som föddes i en flock schimpanser. Av de fyra hannar som var dominanta under den tid studien pågick var det två som fick var sin unge under sin »regeringstid«. De vanliga »mellanhannarna« fick någon unge men till forskarnas förvåning var de flesta ungarna avlade med hannar från andra flockar!¹³

En motsvarighet till teorin om dominant hanne är »livmoderteorin«.¹⁴ Här tänker man sig att graviditet, amning och småbarnsår har medfört att kvinnors intelligens fått en annan inriktning än mäns. De har

blivit mer relationsinriktade och vårdande och de »moderligaste« kvinnorna får flest barn som överlever. I linje med detta synsätt ansåg man under 1800-talet att avkommans kvalitet riskerade att försämrans om kvinnor ägnade sig åt intellektuell verksamhet.¹⁵ Biologiska processer knutna till reproduktionen anses även idag försvåra vissa typer av intellektuellt arbete. Således kan livmoderteorin kännas igen i moderna tankegångar om att hormoner som östrogen och oxytocin försvårar matematikinläring och minne.¹⁶ När en ökning av östrogenhalten ges som förklaring till att vissa flickor förlorar intresset för matematik i högstadiet, innebär det samtidigt att betydelsen av sociala och kulturella förklaringar marginaliseras.

I den tredje modellen ser man arbetsfördelningen mellan könen under jägarsamlarperioden som ursprunget till senare tidsåldrars könsskillnader.¹⁷ Man tänker sig då att män var mer involverade i jakt och rörde sig på stora områden. De blev därigenom äventyrliga, utforskande, våldsamma och utvecklade lokalsinne. Så förklaras inte sällan varför män presterar bättre än kvinnor på spatiala (som rör rumsliga förhållanden) och matematiska test men också varför fler män än kvinnor håller på med datorer och gillar snabba bilar.¹⁸ Här måste vi också fundera över vad vi egentligen vet? Vet vi att det var män som jagade eller är det vad vi tror?

Det finns nya teorier om människans utveckling som ifrågasätter existensen av könsrollsmönster och en könsarbetsdelning under människans tidiga historia.¹⁹ Men dessa teorier förbises ofta. Således tillskrivs

forngravsfynd olika betydelser utifrån om graven tros ha inrymt en kvinna respektive en man. En mortelsten i en kvinnas grav anses till exempel visa att hon malt säd, medan en likadan i en mans grav tolkas som att han tillverkat mortelstenar. Ett spjutskäpp i en kvinnas grav anses symbolisera egendom, medan motsvarande fynd i en mans grav tros stå för jakt. Dessa exempel manar till ett kritiskt förhållningssätt så att inte historien vantolkas utifrån vår tids föreställningar om män och kvinnor. Samma tveksamhet måste vi värna om när slutsatser i nutida forskning inramas av socialdarwinistiska teorier.

I det följande kommer jag att belysa detta förhållande genom att granska exempel på forskningsresultat om könsskillnader i kognitiv förmåga och beteende. Med kognitiv förmåga menas här till exempel spatial-, matematisk- och språklig förmåga, minne samt motoriska färdigheter.

Vad är känt om könsskillnader i kognitiv förmåga?

Forskare inom detta område brukar vanligtvis betona, att likheten mellan könen överväger skillnaderna.²⁰ De skillnader som påvisas brukar dock uppmärksammas. Män anses i allmänhet prestera bättre på spatiala test, test av horisontellt/vertikalt, matematisk och spatio-motorisk förmåga, medan kvinnor anses bättre på verbalt flöde, verbalt och visuellt minne samt vissa finmotoriska färdigheter.²¹ Meta-analyser av mer än hundra studier av kognitiv förmåga ger också stöd för att män som grupp presterar bättre på tester av spatial förmåga, medan

kvinnors försprång vid tester av verbal förmåga framstår som mindre säker.²²

Trots den allmänt accepterade sammanfattningen ovan är forskningsresultaten om kognitiva könsskillnader motsägelsefulla. Forskningen har också viktiga metodologiska problem.²³ För det första finns inte samstämmighet mellan olika studier, och ofta påvisas inga könsskillnader alls.²⁴ För det andra kan flera tester kritiseras för att inte vara könsneutrala. Spatiala test, där män brukar prestera något bättre än kvinnor, genomförs till exempel i regel med bilder av geometriska figurer, som försökspersonerna får försöka känna igen sedan figuren roterats. I ett annat test av spatial förmåga, där försökspersonerna fick identifiera vilka bruksföremål som bytt plats från en bild till en annan, presterade dock kvinnor bättre än män.²⁵ För det tredje är det viktigt att komma ihåg, att de skillnader i verbal, spatial och matematisk förmåga som påvisats vid sådana tester är små. Det har uppskattats att skillnaderna mellan könen bara är 1 – 5 procent av den totala variationen i materialet.²⁶ Det är således mycket större skillnader mellan olika individer inom samma kön än mellan män respektive kvinnor som grupp.

Så med detta i bagaget – *att det är osäkert vilka könsskillnader som finns* – kan vi gå vidare med att studera vilka biologiska förklaringar som brukar förekomma i samband med uppmätta kognitiva och beteendemässiga könsskillnader. Man kan dela in dessa förklaringar i tre typer: (1) hormonella skillnader (hjärnan utsätts för könshormoner både i fosterlivet och senare); (2) genetiska skillnader kopplade till kön

och sexuell orientering (heterosexualitet och homosexualitet); (3) anatomiska skillnader i hjärnans struktur. Dessa tre förklaringsmodeller hänger inte sällan ihop. De som forskar om anatomiska könsskillnader menar till exempel att dessa kan ha uppkommit via påverkan från könshormoner eller gener.

Könshormoner och kognitiva mönster

Det är svårt att undersöka om och hur könshormoner i fosterlivet påverkar människans beteende och förmågor. Det går naturligtvis inte att göra hormonexperiment på foster. Därför har forskare undersökt beteenden hos barn, som drabbats av sjukdomar på grund av att deras hormonbalans varit störd då de låg i livmodern. Hit hör sjukdomen adrenogenitalt syndrom där det kvinnliga fostret överöses med testosteron på grund av en enzymdefekt. Enzymdefekten kvarstår efter födseln och flickan behöver medicinsk behandling livet ut. Flickor som föds med detta syndrom har könsorgan som ser ut som pojkars, fast de har XX-kromosomer. Könsorganen kan opereras och hormonbalansen normaliseras med mediciner, men forskare har i många år sökt belägg för att dessa flickor senare i livet ändå har ett kognitivt kapacitetsmönster som är »pojkaaktigt«. Här finns inga entydiga fynd. I vissa undersökningar är dessa flickor mer utagerande och har större spatial förmåga än vanliga flickor²⁷, medan andra undersökningar inte kan verifiera sådana resultat.²⁸ Inte heller vid testikulär feminisering, när en individ med XY-kromosomer inte kan

svara på testosteron och får en kropp med ett kvinnligt utseende, har forskningen kunnat visa på några konsistenta samband mellan hormonstörningen och kognitiva funktioner.²⁹

I en svensk studie från 1999 ville man testa hypotesen att barns lekbeteende påverkas av mängden testosteron i fosterlivet.³⁰ Man jämförde då lekbeteendet hos 29 flickor med adrenogenitalt syndrom i åldern 2–10 år, med 29 friska flickor i motsvarande åldrar. Forskarna fann att samtliga flickor lekte mer med »pojkleksaker« än med »flickleksaker«. De med adrenogenitalt syndrom lekte dock mer med pojkleksakerna än de friska, och de hade oftare en pojke som bästis. Forskarna såg även ett samband mellan sjukdomens svårighetsgrad och den tid flickorna ägnade åt pojkleksakerna. Detta ledde forskarna till slutsatsen att orsaken till skillnaderna i lekbeteende och val av bästis var biologisk, nämligen överskott av testosteron och andra androgener (testosteronliknande hormoner) före födseln. Jag kan inte riktigt förstå hur man kunde dra dessa slutsatser.

För det första hade dessa flickor en medfödd sjukdom som medförde, att de flesta av dem hade genomgått operationer av könsorganen. Vad detta kan ha inneburit för deras upplevelser och könsidentitet kommenterades inte alls i studien. För det andra medicinerades alla drabbade flickor regelbundet med bland annat hormonet kortison. Det är välkänt att kortison kan ge beteendeförändringar och för något år sedan larmades om att astmabarn som får kortison regelbundet kan bli aggressiva. Forskarna kommenterade över huvud taget inte medi-

cineringen och inte heller valdes kontroller som medicinerade med kortison. För det tredje var datainsamlingen inte blind, det vill säga de som observerade flickorna visste redan från början vilka som var friska och inte. En sådan kännedom om barnen kan naturligtvis påverka bedömningarna. Som bekant tenderar omgivningen att reagera olika på barn som gråter, beroende på om barnet är klätt i rosa eller blått. Därtill får vi inget veta om vilka leksaker flickorna var vana vid att leka med hemifrån. När man inte har beaktat dessa viktiga metodfrågor blir det närmast oseriöst att dra de slutsatser som forskarna gjorde.

Men min viktigaste invändning rör ändå själva utgångspunkten i resonemang: den hypotes som sa att testosteronpåslag gör barn intresserade av »pojkleksaker«, till exempel bilar och lego, medan avsaknad av testosteron medför intresse för leksaks-serviser och dockfrisyrier. Kan hormoner verkligen ha en sådan stark direkt inverkan på tidstypiska och kulturella beteenden? Vilka hormoner är det då som leder mao-riska män till att måla sig i ansiktet eller männen i Egypten att bära den klänning som kallas gallebeya?

Hur androgeninsöndring senare i livet påverkar beteende har företrädesvis studerats på gnagare. Då ses tydliga positiva samband mellan androgener, aggressivitet och ett parningsbeteende som är typiskt för hannar.³¹ När forskningen utvidgas till mer utvecklade däggdjur, som kor eller getter, blir det dock svårt att se samband mellan hormoner och beteende. Djurets tidigare erfarenheter och upplevelser spelar en allt större roll för beteendet medan hormoner-

nas direkta inverkan tonar ner. Sambandet mellan aggressivitet och missbruk av anabola steroider är visserligen dokumenterat hos människa, men frågan är vilken relevans effekterna av dessa jättedoser har för effekterna vid mer normala hormonnivåer.

Vissa humanstudier finner samband mellan höga androgennivåer och aggressivitet, andra att testosterontillskott till män med normala hormonnivåer inte medför ökad våldsbenägenhet. Ytterligare andra visar att underfunktion av testiklarna innebär högre aggressivitet, som minskas vid testosterontillskott.³² Forskning kring relationen mellan androgener och aggressivitet har också stora metodproblem, framför allt beroende på att definitionen av aggressivitet varierar så mycket.³³ Fientlighet, irritation, antisocialt beteende och självrapporterad aggression är några indikatorer som används men som är svåra att jämföra sinsemellan. Inte heller finns det idag samstämmighet om huruvida testosteronnivåer har samband med spatial förmåga.³⁴

Vadgällerkvinnligareproduktivahormon diskuteras om, och i så fall hur, östrogen och oxytocin påverkar beteende, spatial och logisk förmåga eller minne.³⁵ I stort sett all forskning är även här genomförd på råttor och de som har studerat människor har haft svårt att fastställa konsistenta samband.³⁶ Även om enstaka forskare har hittat dylika samband betraktas dessa fynd ännu som preliminära och deskriptiva så länge andra forskare inte lyckas upprepa resultaten. Det är också viktiga teoretiska frågetecken som ännu återstår att räta ut.³⁷

Helt nyligen har forskare börjat uppmärksamma något som egentligen varit

känt inom biokemin sedan slutet av 1920-talet.³⁸ Östrogen och testosteron är inte könsspecifika hormoner utan båda finns hos kvinnor och män, om än i olika mängder. Istället för att kalla dem könshormoner bör man därför snarare se dem som generella tillväxthormoner. Deras effekter bör också studeras i många organ hos båda könen och inte endast i relation till egenskaper som knyts till kvinnligt och manligt. Således studeras nu östrogenerns effekt i spermaproduktionen hos män, och olika typer av östrogenreceptorer och deras funktion i skelett, mjälte och blodbildning undersöks hos både män och kvinnor.

På senare år har intresse riktats mot hormonet oxytocin som en möjlig förklaring till beteendemässiga könsskillnader. Oxytocin har nämligen kopplats till en ny stressreflex, som går under benämningen »tend-and-befriend«-reflexen. Den ses som ett alternativ till »fight-or-flight«-reflexen, vilken vetenskapliggjordes av den amerikanske fysiologen Walter B Cannon i samband med första världskriget.³⁹ Om fight-or-flight betyder »kamp eller flykt« kunde »tend-and-befriend« kanske översättas som »vårda och socialisera«. Enligt tend-and-befriend-hypotesen svarar man på hot och stress genom att skydda sig själv och sin avkomma, tänka på säkerhet och försöka minska oro. Oxytocin som tros inducera modersbeteende, lugn, harmoni och minskad rädsla antas vara central för tend-and-befriend reflexen. Reflexen anses vara mer förekommande hos hondjur och kvinnor och tros ha utvecklats i relation till omhändertagande av ungar och barn.

Denna forskning är spännande på många

sätt och kan kanske hjälpa oss att begripa människans reaktioner på vardaglig stress – situationer när det inte bara handlar om att kämpa eller fly eller om att leva eller dö. Men det är problematiskt att idéerna bakom forskningen är så präglade av traditionella och stereotypa uppfattningar om kvinnor och män. Hypotesen är alltså att oxytocin inducerar modersbeteende, lugn, harmoni och minskad rädsla hos honor, och därför har forskningen framförallt genomförts på honråttor och honmöss. Men eftersom oxytocin inte är en könsspecifik substans utan finns hos båda könen är det också viktigt att fråga vilka effekter oxytocin har hos handjur och män. Sannolikt kan man lära sig mer om oxytocin och vårdarreflexen om båda könen inkluderas i studierna.

Trots oklarheterna har forskningen om könshormoners inverkan på intelligens och beteende fått ett anmärkningsvärt stort genomslag i massmedierna och till viss del även inom skolan och mödravården. Skolverket har till exempel föreslagit att flickor borde lära sig matematik tidigt – innan östrogen börjar insöndras i puberteten⁴⁰ – och i medicinsk populärvetenskaplig litteratur förekommer ofta påståenden om att oxytocin leder till personlighetsförändringar och sämre minne hos nyförlösta och ammande kvinnor.⁴¹ I Folkhälsoinstitutets bok *Leva ihop*, som skulle delas ut till alla avgångsgymnasister våren 1999 men som efter kritik drogs tillbaka, beskrevs testosteron som »ett drivmedel för kraft, styrka och initiativförmåga«.⁴² Så blir även i vår tid tvetydig medicinsk forskning ett redskap som förstärker traditionella uppfattningar om manligt och kvinnligt, samtidigt som

skillnaderna bäddas in i en biologisk tolkningsram.

Genetiska orsaker

I sökandet efter genetiska orsaker till kognitiva och beteendemässiga könsskillnader har forskningen fokuserat på eventuella samband mellan gener, beteende och sexuell orientering.⁴³ Bakom denna forskning finns föreställningar om att homosexuella män betar sig likt kvinnor och att detta beteende liksom homosexualitet är genetiskt nedärvt.⁴⁴ Genom att söka genetiska likheter mellan kvinnor och homosexuella män hoppas man hitta »beteendegener« som är kopplade till kön och som kan förklara könsskillnaderna. Som exempel på denna inriktning kan nämnas en artikel, publicerad i tidskriften *Science* 1993, där det hävdas att manlig homosexualitet har samband med en ännu okarakteriserad gen, kallad q28, på X-kromosomen.⁴⁵ Många forskare har sedan försökt upprepa denna studie och isolera genmarkören men misslyckats och nu ifrågasätts dess existens.⁴⁶

Man har även försökt se i vad mån spatial och verbal förmåga varierar med sexuell orientering. I den största studien som gjorts av homo- och heterosexuella kvinnor respektive män hittades inga skillnader i spatial förmåga när papper och penna användes i testerna.⁴⁷ När man mätte spatio-motorisk förmåga med bollkastning var dock heterosexuella män bättre än homosexuella män, som i sin tur var lika bra som kvinnor. Eftersom homo- och heterosexuella män har lika testosteronnivåer bör dessa skillnader ha andra biologiska orsaker, san-

nolikt genetiska, menar många forskare.⁴⁸ Andra forskare ställer sig dock tvekan till denna slutsats.

För att komma framåt i beteendegenetiken behövs ett nytänkande, menar Dean Hamer i en artikel i *Science* 2002.⁴⁹ Hamer, som är en av de mer namnkunniga forskarna inom detta område, problematiserar visserligen inte de stereotypa idéerna kring homosexuellas beteenden men han tar upp en annan svaghet. Han kritiserar de överförenklade teorier, som antar att människans beteende och reaktionsmönster kan reduceras till en enkel linjär relation mellan enskilda gener och ett visst beteende. En sådan reduktionistisk modell ignorerar helt betydelsen av människans utvecklade hjärna, hur gener är beroende av varandra och av omgivningen, menar Hamer, som efterlyser en forskning som tar mer hänsyn till komplexiteten. Hans uttalande känns kanske inte så revolutionerande men avspeglar hur teoretiskt torftigt det kan bli när beteendeforskning renodlas till laboratorieexperiment. Det hjälper inte hur stor kapacitet datorprogrammen har för att bearbeta genmönster och olika kombinationer om själva teorin bakom bearbetningen inte håller. Sammanfattningsvis kan man säga, att den genetiska forskningen om kognitiva könsskillnader i nuläget ställer fler frågor än den ger svar.

Anatomiska skillnader i hjärnans struktur

Den dominerande hypotesen om skillnader i hjärnans anatomi och funktionssätt handlar om *lateralisering*, vilket betyder sidoför-

skjutning i hjärnans arbete.⁵⁰ Lateralisering antas vara beroende av testosteroninsöndring i fosterlivet, och mäns hjärnor anses vanligtvis vara mer lateraliserade än kvinnors. I många situationer tros kvinnor alltså använda båda hjärnhalvorna i större utsträckning än vad män gör.⁵¹ Lateraliseringen anses förklara könsskillnader på till synes oförenliga sätt. Å ena sidan tros vissa förmågor öka med större lateralisering, till exempel matematisk och spatial förmåga. Å andra sidan förklaras kvinnors bättre prestationer i verbala test med att de använder båda hemisfärerna. Varför lateralisering ibland är positivt och ibland inte ges det ingen förklaring till.⁵²

Nya tekniker som MRI (*Magnetic resonance imaging*) och PET (*Positron emission tomography*) ger möjligheter att studerar blodflöden, och för PET även ämnesomsättning, i hjärnan vid olika typer av stimuli. Studier av detta slag rapporterar ofta om könsskillnader i uppmätta flöden eller glukosomsättning,⁵³ men det är svårt att dra några slutsatser utifrån dem. De flesta har få deltagare, har undersökt olika funktioner, har använt olika icke jämförbara test och har ett icke jämförbart urval av försökspersoner.⁵⁴ Tolkningen av de tekniska undersökningarna är komplicerad och studierna är därtill sällan genomförda med blind bedömning.

Nyligen har man visat att skador, till exempel en hjärnblödning i höger hemisfär, påverkar spatial förmåga lika illa hos män och kvinnor.⁵⁵ En studie visade till och med att kvinnor med halvsidiga hjärnskador drabbades av större förluster i kognitiv förmåga än män.⁵⁶ Så borde det inte bli

om kvinnor hade en större kapacitet att använda båda hjärnhalvorna. I en färsk MRI-studie med ovanligt många deltagare, femtio män och femtio kvinnor, konstaterades att språkliga funktioner är lateraliserade på samma sätt hos kvinnor och män. Det vill säga mönstret i arbetsfördelning mellan hjärnhalvorna skiljde sig inte åt mellan könen, så vitt man kunde se.⁵⁷ Forskning om lateralisering är inkonsistent och huruvida män har mer asymmetriska hjärnfunktioner än kvinnor återstår ännu att visa.

Stort intresse har ända sedan 1800-talet riktats mot hjärnbalken, corpus callosum, när det gäller att söka könsskillnader i hjärnan. Hjärnbalken binder samman höger och vänster hjärnhalva och hypotesen har varit att kvinnor har en större corpus callosum än män. Om hypotesen stämde kunde den kanske förklara biologiskt varför kvinnor har större simultankapacitet än män – vilket det just nu finns en föreställning om att kvinnor har.⁵⁸ Mätningar vid obduktioner på avlidna, och med MRI hos levande, har således sökt skillnader i form och storlek på corpus callosum.⁵⁹ Den mest uppmärksammade studien publicerades i *Science* 1982.⁶⁰ Där hävdades att splenium, den bakre delen av corpus callosum, var bredare hos kvinnor. Fjorton hjärnor från avlidna var undersökta, nio från män och fem från kvinnor, men den statistiska signifikansen var tveksam. Drygt fyrtio studier har sedan misslyckats med att upprepa resultaten.⁶¹ Forskningsöversikter ger här klara besked: Corpus callosum uppvisar ingen könsskillnad.

Flera andra anatomiska strukturer i

hjärnan har också kopplats till könsskillnader i beteende. Det gäller bland annat främre kommissuren mellan frontal och temporallob, planum temporale samt olika kärnor i hypotalamus.⁶² Här finns dock ingen allmänt accepterad teori. En hypotes rörande planum temporale innebär att språklig dominans på höger sida skulle vara relaterat till större högersidig asymmetri i planum temporale och tvärtom. Eftersom män antas ha ett mer lateraliserat språk än kvinnor⁶³ borde de följaktligen ha mer neuroanatomisk asymmetri i planumområdet. I en omfattande forskningsöversikt från 1997 granskas denna forskning men slutsatserna blev att det inte finns någon konsensus om asymmetrier i planum temporale, varken i relation till kön eller till språklig lateralisering.⁶⁴

Den enda neuroanatomiska könsskillnad som hittills är säkerställd är skillnaden i hjärnans totala storlek, att män har en något tyngre hjärna än kvinnor. Emellertid vet man inte hur denna viktskillnad skall tolkas. Beror den bara på skillnaden i kroppstorlek? Skiljer antalet nervceller? Hur påverkas hjärnans funktion av vikten? När Einstein dog 1955 mättes och vägdes hans hjärna. Den visade sig intressant nog vara mindre än ordinarie för män. För ett par år sedan gjordes undersökningen om och Einsteins hjärna jämfördes då med 35 andra hjärnor från avlidna män.⁶⁵ Medan Einsteins hjärna vägde 1230 g hade de övriga 35 hjärnorna en medelvikt på 1400 g.

En viktig följdfråga när anatomiska könsskillnader i hjärnan diskuteras blir vilken funktionell betydelse eventuella skillnader kan ha. Om en struktur är större – vad

betyder det? Att funktionen är bättre ju större strukturen är? Det skulle kunna vara tvärtom; strukturen har växt som kompensation för dålig funktion i enskilda nervceller. Hur skall man tolka uppmätta variationer i hjärnaktivitet hos män och kvinnor när de löser olika matematiska och intellektuella problem? Mätningar av blodflöden hos personer som lär sig dataprogram har visat på stora flöden innan de lärt sig ordentligt. När de blivit skickligare har flödena sjunkit.⁶⁶ I samma artikel beskrivs en matematikstudie där högpresterande män, jämfört med normalpresterande, hade en större ämnesomsättning i frontala delar av hjärnan när de löste problem. Det verkar inte finnas några självklara samband här. Hos vissa individer kanske stort blodflöde är ett tecken på effektivitet och hos andra ett tecken på stora svårigheter.

Avslutning

Som historien visar riskerar biologiska studier av könsskillnader att inte bara påverkas av utan också förstärka könsstereotypa idéer. Till detta bidrar vetenskapliga tidskrifters tendens att hellre publicera positiva (där skillnader visas) än negativa resultat.⁶⁷ Likaså är det ett problem när många små studier genomförs kring samma hypoteser. Chansen ökar naturligtvis med antalet att någon studie skall visa signifikanta resultat och då blir det än viktigare att även negativa resultat får utrymme i spalterna.⁶⁸ Vidare tål det att diskuteras hur man bedömer gränserna för signifikans. Mitt intryck är, att vetenskapliga tidskrifter gärna publicerar studier som i rubrik och

abstract påstår sig ha visat på könsskillnader, trots att resultaten faktiskt talar ett något annat språk. I stället för signifikanser kan man tala om tendenser som därtill, likt ett plockepinnspel, ofta går åt olika håll. En viktig erfarenhet som jag har gjort i diskussioner kring detta »heta« ämne är, att när någon påstår att en undersökning påvisat könsskillnad i den ena eller andra variabeln – då vill jag först läsa hela artikeln, särskilt metod- och resultatdelarna, innan jag törs ha någon uppfattning alls om den.

De som liksom jag kritiserar forskningen för bristande metodik, könsstereotypa tolkningar och vidlyftiga slutsatser, eller ifrågasätter hur forskningen används, riskerar att betraktas som förnekare av biologin. Här vill jag återknyta till behovet av att komma bortom de föga fruktbara dikotomierna biologi eller kultur, kropp eller själ. Det är en utmaning att lämna den mest polariserade diskussionen, framförallt i vetenskapliga sammanhang. Könsstereotypier säljer dock bra och det måste nog, i större utsträckning än nu, bli forskarnas uppgift att försöka korrigera polariserade, massmediala lanseringar av »gångbara« fynd.

Avslutningsvis vill jag anknyta till Dean Hamers önskemål om att forskningen borde ta större hänsyn till ämnets komplexitet, till att människan formas i ett samspel mellan biologiska, sociala och psykologiska faktorer.⁶⁹

Ett barn, en flicka eller pojke, föds med vissa biologiska kapaciteter till en viss miljö. Hjärnan är plastisk och formbar. För att utveckla seendet måste ögat stimuleras med ljus trots att barnet redan har öga, synnerv och synbark. Det barn som får höra och

träna mycket tal har större möjlighet att utveckla språkliga förmågor. På liknande sätt är det med många av människans färdigheter. Om vi tillämpar detta bredare synsätt på människans funktioner blir det naturligt att ifrågasätta enkla orsakssamband, som att en viss gen, ett visst hormon eller en storleksavvikelse i en viss struktur i hjärnan, orsakar ett visst beteende. Samtidigt blir det uppenbart att biologin är viktig och rolig att lära sig mera om.

- 1 Denna artikel är tidigare publicerad under samma titel i Christer Nordlund (red), *Livs-föreställningar. Kultur, samhälle och biovetenskap*, Umeå 2004, s. 89-106.
- 2 Se t ex *Visst är vi olika! En antologi för kunskap och debatt om likheter och olikheter mellan flickor och pojkar och deras olika villkor och förutsättningar i skolan*, Arbetsgruppen kvinnligt och manligt i skolan, Utbildningsdepartementet, Stockholm 1993; R Robért, K Uvnäs Moberg, *Hon & han: Födda olika*, Bromberg 1994; W Byne, »Science and Belief: Psychobiological Research on Sexual Orientation«, *Journal of Homosexuality* 28:3-4 (1995); Gunilla Eldh, »Kvinnor har 'bredband' mellan hjärnhalvorna«, *Dagens Nyheter* B14 7.10 1999.
- 3 Thomas Laqueur, Om könsens uppkomst: Hur kroppen blev kvinnlig och manlig (1990), sv övers Stehag 1994; Londa Schiebinger, *The Mind has No Sex?: Women in the Origins of Modern Science*, Cambridge, Mass. 1996.
- 4 Laqueur, *Om könsens uppkomst*.
- 5 Schiebinger, *The Mind has No Sex?*
- 6 Sven Lindqvist, *Utrota varenda jävel*, Bonnier 1992.
- 7 Anne Fausto-Sterling, *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men* (1985), 2 uppl. New York 1992.
- 8 Edward O Wilson, *Sociobiology: The New Synthesis*, Cambridge, Mass 1975.

- 9 Evelyn Reed, *Sexism and Science* (1978), 2 uppl. New York 1981.
- 10 Se ovan.
- 11 Sten Levander, »Aggression: Ett biologiskt perspektiv«, *Läkartidningen* 92:3 (1995); David P. Barash, Judith Eve Lipton, *Making Sense of Sex: How Genes and Gender Influence Our Relationships*, Washington, DC 1997.
- 12 Reed, *Sexism and Science*.
- 13 Pascal Gagneux, David S Woodruff, Christophe Boesch, »Furtive Mating in Female Chimpanzees«, *Nature* 387:6636 (1997).
- 14 Reed, *Sexism and Science*.
- 15 Karin Johansson, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*, Norstedt 1994.
- 16 Robert Uvnäs Moberg, *Hon & han*; Barash, Lipton, *Making Sense of Sex*.
- 17 Reed, *Sexism and Science*.
- 18 Doreen Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«, *Current Opinion in Neurobiology* 6 (1996); Barash, Lipton, *Making Sense of Sex*.
- 19 Londa Schiebinger, *Has Feminism Changed Science?* Cambridge, Mass 1999, kap. 7.
- 20 Alan Feingold, »Gender Differences in Variability in Intellectual Abilities: A Cross-cultural Perspective«, *Sex Roles* 30:1–2 (1994); Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«.
- 21 Feingold, »Gender Differences in Variability in Intellectual Abilities«; Kimura, »Sex Differences in the Brain«, *Scientific American* 267:3 (1992); Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«.
- 22 Janet Shibley Hyde, »Meta-analysis and the Psychology of Gender Differences«, *Signs* 16:1 (1990).
- 23 Fausto-Sterling, *Myths of Gender*; Feingold, »Gender Differences in Variability in Intellectual Abilities«; Alice H Eagly, »The Science and Politics of Comparing Women and Men«, *American Psychologist* 50:3 (1995); Janet Shibley Hyde, »Magnitude of Psychological Gender Differences: Another Side of the Story«, *American Psychologist* 50:3 (1995); Deborah Kotz, »Mapping the Human Mind«, *The Journal of Nuclear Medicine* 36:7 (1995).
- 24 Fausto-Sterling, *Myths of Gender*; Feingold, »Gender Differences in Variability in Intellectual Abilities«.
- 25 Marion Earls & Irwin Silverman, »The Hunter-Gather Theory of Spatial Sex Differences: Proximate Factors Mediating the Female Advantage in Recall of Object Arrays«, *Ethology and Sociobiology* 15:2 (1994); Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«.
- 26 Byne, »Science and Belief«.
- 27 Marcia L Collaer & Melissa Hines, »Human Behavioral Sex Differences: A Role for Gonadal Hormones During Early Development?«, *Psychological Bulletin* 118:1 (1995); Elizabeth Hampson, »Spatial Cognition in Humans: Possible Modulation by Androgens and Estrogens«, *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 20:5 (1995).
- 28 Fausto-Sterling, *Myths of Gender*; Jan Helleday m fl, »General Intelligence and Cognitive Profile in Women with Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH)«, *Psychoneuroendocrinology* 19:4 (1994).
- 29 Fausto-Sterling, *Myths of Gender*.
- 30 Anna Severin, *Sex Differences in Children's Play Behaviour: A Biological Construction of Gender?*, Avhandling, Uppsala universitet, Uppsala, 1999.
- 31 David R Rubinow & Peter J Schmidt, »Androgens, Brain, and Behaviour«, *American Journal of Psychiatry* 153 (1996).
- 32 Se ovan.
- 33 Steven Rose, »Den neurogenetiska determinismens uppgång«, *Ord & Bild* 1 (1996).
- 34 Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«.
- 35 K Hamberg, »Onyanserat om likhet och särart«, *Läkartidningen* 92:11 (1995).
- 36 Märta Silber, »Temporary Peripartal Impairment in Memory and Attention and its Possible Relation to Oxytocin Concentration«, *Life Sciences* 47 (1990).
- 37 Hampson, »Spatial Cognition in Humans«.
- 38 Anne Fausto-Sterling, *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York, 2000.

- 39 Shelley E Taylor m fl, »Biobehavioral Responses to Stress in Females: Tend-and-Befriend, Not Fight-or-Flight«, *Psychological Review* 107:3 (2000).
- 40 *Visst är vi olika!*
- 41 Robèrt & Uvnäs Moberg, *Hon & han*.
- 42 Marie Eenfeldt, *Leva ihop*, Folkhälsoinstitutet, Stockholm 1999.
- 43 Byne, »Science and Belief«; Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«; Ingrid Wickelgren, »Discovery of 'Gay Gene' Questioned«, *Science* 284 (1999).
- 44 Byne, »Science and Belief«.
- 45 Dean Hamer m fl, »A Linkage Between DNA Markers on the X Chromosome and Male Sexual Orientation«, *Science* 261 (1993).
- 46 George Rice m fl »Male Homosexuality: Absence of Linkage to Microsatellite Markers at Xq28«, *Science* 284 (1999).
- 47 Brian A Glaude & J Michael Bailey, »Spatial Ability, Handedness, and Human Sexual Orientation«, *Psychoneuroendocrinology* 20:5 (1995).
- 48 Se ovan.
- 49 Dean Hamer, »Rethinking Behaviour Genetics«, *Science* 298 (2002).
- 50 Alan A Beaton, »The Relation of Planum Temporale Asymmetry and Morphology of the Corpus Callosum to Handedness, Gender, and Dyslexia: A Review of the Evidence«, *Brain and Language* 60 (1997).
- 51 Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«.
- 52 Byne, »Science and Belief«.
- 53 Giuseppe Esposito m fl, »Gender Differences in Cerebral Blood Flow as a Function of Cognitive Status with PET«, *Journal of Nuclear Medicine* 37 (1996); Mark S George m fl, »Gender Differences in Regional Cerebral Blood Flow during Transient Self-induced Sadness or Happiness«, *Biological Psychiatry* 40:9 (1996); Pamela E Paulsen m fl, »Gender Differences in Pain Perception and Patterns of Cerebral Activation during Noxious Heat Stimulation in Humans«, *Pain* 76:1—2 (1998).
- 54 Kotz, »Mapping the Human Mind«.
- 55 Kimura, »Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function«.
- 56 David W Desmond m fl, »Sex Differences in the Representation of Visuospatial Functions in the Human Brain«, *Rehabilitation Psychology* 39:1 (1994).
- 57 Julie A Frost m fl, »Language Processing is Strongly Left Lateralized in Both Sexes: Evidence from Functional MRI«, *Brain* 122 (1999).
- 58 Eldh, »Kvinnor har 'bredband' mellan hjärnhalvorna«.
- 59 Fausto-Sterling, *Myths of Gender*; Katherine M Bishop & Douglas Wahlsten, »Sex Differences in the Human Corpus Callosum: Myth or Reality?«, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 21:5 (1997).
- 60 Christine De Lacoste-Utamsing & Ralph L Holloway, »Sexual Dimorphism in the Human Corpus Callosum«, *Science* 216 (1982).
- 61 Byne, »Science and Belief«; Beaton, »The Relation of Planum Temporale Asymmetry and Morphology of the Corpus Callosum to Handedness, Gender, and Dyslexia«; Bishop & Wahsten, »Sex Differences in the Human Corpus Callosum«.
- 62 Byne, »Science and Belief«.
- 63 Vilket ifrågasätts i Frost m fl, »Language Processing is Strongly Left Lateralized in Both Sexes«.
- 64 Beaton, »The Relation of Planum Temporale Asymmetry and Morphology of the Corpus Callosum to Handedness, Gender, and Dyslexia«.
- 65 Sandra F Witelson m fl, »The Exceptional Brain of Albert Einstein«, *The Lancet* 353 (1999).
- 66 Kotz, »Mapping the Human Mind«.
- 67 Byne, »Science and Belief«.
- 68 Bishop & Wahsten, »Sex Differences in the Human Corpus Callosum«.
- 69 Hamer, »Rethinking Behaviour Genetics«.

Strukturell etnisk diskriminering och psykiatri

Valerie DeMarinis, Helen Hansagi och Leif Öjesjö

Kunskaper om hur kulturella förhållanden, etnisk bakgrund och migration påverkar människors psykologiska reaktioner och psykiska störningar samlas idag inom ett växande kunskapsfält, som kallas kulturell psykiatri eller psykologi. Vi vet nu att det finns en risk för diskriminering, där människor delas in i »vi« och »dom« för att de har olika kulturell bakgrund, skriver artikelförfattarna Valerie DeMarinis, professor i religionspsykologi vid Uppsala universitet, gästprofessor i psykiatri, Harvard Medical School, tillsammans med Helen Hansagi och Leif Öjesjö, docenter i medicinsk sociologi respektive social- och rättspsykiatri vid Karolinska Institutet. Författarna argumenterar här för ett perspektivskifte. Det kommer att krävas en ny syn på samhällets och statens funktioner, inom myndigheter och institutioner när det gäller hur människor med utländsk bakgrund ska bemötas – inte minst inom psykiatrin. De nya grupperna måste också själva ges inflytande för att kunna påverka sin situation. Deras resurser behövs. Kulturell mångfald måste hanteras och lösas. Det behöver byggas upp en ny gemenskap. Författarna menar att detta är några utmaningar för en verklig integration i framtiden.¹

Vad innebär strukturell diskriminering?

Idéhistorikern Amanda Peralta hävdar att övergången från det homogena till det heterogena samhället redan har skett i den svenska verkligheten, men att detta faktum (ännu) inte har orsakat några grundläggande förändringar i landets sociala, eko-

nomiska och politiska strukturer och funktioner². Sociologen Masoud Kamali skriver i en nyutkommen rapport att den strukturella/institutionella diskrimineringen är lika utbredd här som i många andra europeiska länder. Den har blivit normal, rutinmässig och därmed en integrerad del av våra vardagliga sociala relationer, domi-

nerande maktstrukturer, regler samt procedurer, och är inbäddad i institutionella sammanhang³

Den amerikanske sociologen Pincus har tidigare gjort några viktiga påpekanden⁴, som kan sammanfattas i följande tre punkter:

1. Etnicitet/ras/kön bör ses i ett sammanhang eftersom kulturell och sociologisk forskning har visat att diskriminering inom en kategori också får effekt på de andra, till exempel att vara kvinna och tillhöra en minoritetsgrupp.
2. Maktförhållandena i samhället har grundläggande betydelse för myndigheternas riktlinjer och handläggning av ärenden (policy).
3. Rådande synsätt uppfattas som neutrala och opartiska, vilket gör dem i stort sett immuna för rättslig prövning och knappast ifrågasatta ens från etisk synpunkt.

I Statens offentliga utredning om strukturell etnisk diskriminering används begreppet strukturell diskriminering som en sammanfattande benämning för både sådan diskriminering som utövas av myndigheter, institutioner och sådan diskriminering som härrör ur djupare samhällsstrukturer.

Med strukturell diskriminering på grund av etnisk eller religiös tillhörighet avses regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutioner och andra samhällsstrukturer som utgör hinder för etniska eller religiösa minoriteter att uppnå lika rättigheter och möjligheter som

majoriteten av befolkningen. Sådan diskriminering kan vara synlig eller dold och den kan ske avsiktligt eller oavsiktligt.⁵

Teoretiskt kan hävdas att strukturell diskriminering egentligen bara kan kritiseras *utiifrån* och från ett annat perspektiv än det för tillfället gällande. Enmansutredaren Paul Lappalainen vill därför att man ska granska makthavarna och att udden borde riktas mot dem som har makt att diskriminera (han föreslår till och med att en särskild »antidiskriminerings klausul« borde införas). Antidiskrimineringsbyråer växer nu upp på många håll i landet. Ironiskt nog har begrepp som antirasism, precis som antifeminism, alltmer kommit att inlemmas i statens institutioner, skriver socialantropologen Aje Carlbom i ett debattinlägg.⁶ Även om de pluralistiska idealen är goda och humanistiska uppkommer nya problem och det verkligt kritiska riskerar att trivialiseras, till exempel när rasism blir till den mildare »vi/dom«-företeelse som kallas etnocentrism. Carlbom understryker att integration är ett komplext fenomen där flera olika processer pågår samtidigt.⁷

Det är ingen tvekan om att samhället och samhällsförändringar påverkar ohälsan och vårdorganisationen, men också vårdvetenskapen och vårdideologin. I grunden handlar det om maktförhållanden. Relationerna mellan vårdgivare och klienter/patienter kan därför aldrig bli helt jämlika. Detta kan till exempel uttryckas genom språkbruk, som sjukförklarar invandrarna redan från början och redan på begreppets nivå: »Invandraren« är i sig ett problem, som måste hanteras, bemästras, organiser-

ras, kategoriseras, tolereras, kontrolleras, undersökas etc – oavsett vilken faktisk individ som åsyftas.⁸ Invandrare och arbetslösa är överrepresenterade i gruppen som får avslag eller indraget stöd av försäkringskassan. De har också allmänt sämre relationer med myndigheterna. Sam Yildirim, integrationsansvarig på länsstyrelsen i Stockholm, uppger i en *Dagens Nyheter*-intervju att det värsta som kan hända är att de som inte lyckas blir stigmatiserade och hamnar i en negativ spiral i ett segregerat område: »Jag har sett alltför många stänga sig blodiga mot vår byråkrati, men jag ser också att många ger upp direkt. Vi måste bryta de mönstren, om inte annat så för barnens skull«.⁹

Oberoende av gruppstillhörighet tenderar människor som är mindre integrerade att rapportera mer diskriminering. Det är lätt att bli missförstådd i mångkulturella situationer. I en tidigare publicerad rapport skriver Lange att människor kan uppleva att de är diskriminerade, trots att ingen objektiv diskriminering föreligger och att, omvänt, faktiska diskriminerande handlingar inte alltid behöver medföra en upplevelse av diskriminering hos individen.¹⁰ Upplevd/rapporterad diskriminering har också en negativ inverkan på psykiskt välbefinnande och oro. Upplevd diskriminering ökar risken för psykisk och fysisk ohälsa hos invandrargrupper i det svenska samhället.¹¹ Detta har även stöd av nyare internationell forskning, som har visat samband mellan upplevd etnisk diskriminering och till exempel svåra depressioner och psykoser¹² liksom att man kan se goda effekter av insatser för att underlätta anpassning

och bemöta utanförskap.¹³ Folkhälsoinstitutet har förtjänstfullt redovisat den psykiska ohälsan hos olika invandrargrupper i Sverige.¹⁴

Psykiatri i förändring

Som framgår av det följande erbjuder ämnet strukturell diskriminering och psykiatri flera problem. Terminologin är inte heller helt entydig. Det vi framförallt velat undersöka kritiskt är hur det psykiatriska synsätt som dominerar i väst förhåller sig i en kulturell kontext.

Vi har fokuserat på psykiatrin av främst två skäl: För det första har psykiatrin inom västvärlden kommit att bli vägledande för utformningen av den psykiatriska hälso- och sjukvården i global skala. Det innebär att västpsykiatris diagnostiska system har blivit styrande såväl för hur psykisk ohälsa skall betecknas som för vilka behandlingar som skall föreskrivas. För det andra finns en tendens att ta hänsyn till kulturella aspekter i diagnostiken. Samtidigt har det uppkommit en debatt kring just detta, särskilt i amerikansk psykiatri. Debatten kretsar kring den så kallade DSM-diagnostiken, som samlas i den manual som sammanställs av den psykiatriska föreningen i USA men som används som rättesnöre i forskning och klinisk verksamhet över hela världen.¹⁵ Vad är detta DSM som har fått en så oerhörd tyngd i klinik och forskning världen över? I förordet till den svenska utgåvan från 1995 skriver Jörgen Herlofson att intresset för deskriptiva kriterier inom den psykiatriska diagnostiken stadigt har ökat. I jämförelse med andra diagnossystem som

till exempel ICD (*International Classification of Diseases*) är DSM mer »pedagogiskt« upplagt genom att det beskriver symptom och besvär, som sedan inkluderas i besluts-träd, vilket både underlättar förståelsen av strukturen och fungerar som vägledning in i själva systemet. Man har också en ordlista som klargör terminologin. Systemet skall ses som ett stöd i arbetet med de psykiskt störda, men skall i sista hand underordnas klinikerns eget omdöme.

Vi kan samtidigt se en ökande insikt om kulturella faktorer betydelse för psykiatin, när det gäller såväl diagnostik som behandling och forskning. Lekmannen kan undra vad detta har för relevans för strukturell diskriminering inom vården. Den praktiskt verksamme klinikern möter problemet med hur kulturella aspekter och etnicitet/ras/kön aktualiseras i mötet med patienten. Forskaren har att ta ställning till hur kulturella aspekter kan integreras i designen av ett projekt. Patienterna kan å andra sidan, inte minst om de tillhör olika minoritetsgrupper, uppleva sig oförstådda och illa bemötta i kontakten med vården, vilket också kan leda till en försämring av sjukdomens tillstånd.¹⁶ Exempel på svenska initiativ för att komma tillrätta med denna problematik är Transkulturellt centrum för klinisk konsultation och utbildning på S:t Görans sjukhus i Stockholm och en nyöppnad psykiatrisk mottagning för asylsökande i Borås för att avlasta den ordinarie psykiatin. Vidare ägnades Svenska psykiatriska föreningens höstmöte 1-2 september 2005 helt åt betydelsen av ökad kunskap om patienternas kulturella/etniska bakgrund och kontext.

Det kulturella perspektivet

För att kunna besvara frågan om innebörden av det kulturella perspektivet behövs åtminstone en provisorisk definition av kulturbegreppet. En auktoritet inom den kulturella psykiatin, Marsella har föreslagit följande:

Kulturen ger oss meningssammanhang och beteenden som är till nytta iför vår anpassning i samhället såväl externt (organisation, institution, roller och rollförväntningar) som internt (värderingar, trosuppfattningar, attityder). Det gemensamma synsätt som skapas genom vår kultur är hela tiden i förändring genom olika former av påverkan. Samtidigt finns det inte någon individ, institution eller något samhälle som inte existerar utanför ett kulturellt sammanhang. Kulturbegreppet gäller således inte bara vissa » exotiska« länder. Det innebär också att kulturen medvetet eller omedvetet kommer att påverka synen på hälsa och sjukdom, och på vårdens organisering och vårdpolitiken överhuvudtaget.¹⁷

Västpsykiatin och kulturell (o)medvetenhet

I det västerländska samhället har den biomedicinska modellen inom psykiatin fått allmän acceptans. Genom att därför välja västpsykiatin som exempel menar vi oss kunna illustrera den strukturella diskrimineringen och även visa på sätt att bryta denna. Västpsykiatris diagnostiska system (DSM-IV, ICD-10) har också som redan nämnts blivit globalt fullständigt dominerande. Samtidigt har kulturella aspekter på hälsa och ohälsa varit försummade genom historien fram till våra dagar.¹⁸ Ett undan-

tag utgör den fransk-algeriske psykiatern Frantz Fanon, som redan 1952 publicerade en text om nordafrikanerna i den franska tidskriften *Esprit*. Fanon angrep här den dominerande psykiatriska av sjukdomsbilden hos de nordafrikaner som invandrat till Frankrike. Fanon hävdade att en diagnos också måste inbegripa den sociala situationen som en avgörande faktor.¹⁹ Det bristande intresset för kulturella aspekter inom psykiatrin har antagligen berott på att man sett den psykiatriska diagnostiken som neutral och universell, det vill säga oberoende av tid och sammanhang. Annorlunda uttryckt: »Världen sedd med västerländska ögon har bidragit till ett slags pseudoförståelse för människor från främmande kulturer, vilket har haft effekten att deras erfarenheter har tenderat att ogiltigförklaras.«²⁰ Chakraborty menar att den psykiatriska traditionen utgår från beskrivningar av de svåraste psykiska störningarna – schizofreni och mani-depressiv psykos – som de har kunnat iaktas på västerländska mentalsjukhus. Allt annat uppfattas som mindre lokala variationer. Men nu finns även för de svåraste psykiska störningarna indikationer på kulturella skillnader.²¹

Förslag till kulturell diagnostik i DSM-IV

Behovet av att ta hänsyn till kulturella faktorer i den psykiatriska diagnostiken (nosologin) har på senare tid lett till intressanta förslag till kompletteringar av DSM-systemet, speciellt till dess senaste version, DSM-IV. *National Institute of Mental Health* (NIMH) är den myndig-

het i USA som har huvudansvar för forskning och utveckling. På initiativ av NIMH har det funnits en särskild arbetsgrupp för kultur och diagnostik med uppdrag att öka DSM-manualens användbarhet utanför västvärlden. Gruppen har lämnat följande rekommendationer:

- I introduktionen till manualen bör det också tas in ett avsnitt om etniska och kulturella överväganden.
- Inom varje separat diagnostiskt avsnitt bör det finnas »kulturella aspekter« på sjukdomarnas och personlighetsstörningarnas symptomatologi.
- Man bör utförligare redovisa allmänna iakttagelser kring den kulturella dimensionen, till exempel risken att ett synsätt, som utger sig för att vara neutralt och objektivt, kan medverka till ofullständig diagnostik med skadliga effekter som följd.

DSM-IV inför också ett nytt redskap, den kulturella formuleringen. Syftet är att sätta in funktionsnivån i ett socialt sammanhang, liksom att uppmärksamma patient-läkarrelationen utifrån kulturell synpunkt. När dessa aspekter integreras till en helhetsbeskrivning, finns förutsättningar för en reviderad mer rättvisande diagnos och en mer ändamålsenlig behandlingsplanering. Förslaget till kulturell formulering är däremot inte någon ny intervjuemetod, utan är tänkt att fungera som en checklista på data som samlats in genom samtal med patienten och hans/hennes omgivning till en beskrivande livshistoria. Informationen kan sedan kompletteras med yttrandet från kulturkompetenta experter och

forskare (psykologer specialiserade på kulturell psykologi, antropologer, sociologer, historiker). Varje patient är emellertid unik, varför en allmän kunskap om en viss kultur kan innebära risk för stereotypa schablonuppfattningar till exempel om muslimer. Handboks-kunskap om »typiska« patienter måste också användas med urskillning. Det kan ge uppslag för vidare analys, men inte mycket mer. Syftet med förslaget är att *varje* patient ges en identitet och egen röst i vårdprocessen.²²

Konflikter och problem med förslaget till kulturell formulering i DSM-IV

Frågan om vem som har tolkningsföreträde och hur diskrimineringens offer objektiviserar är central.²³ I det följande kommer vi att kalla det dominerande och vad avser etnicitet/ras/kön »neutrala« synsättet för Paradigm A. Ett annat synsätt representeras av den tidigare nämnda arbetsgruppens rekommendationer om ett kulturmedvetet perspektiv (här kallat Paradigm B). Ändå fortsätter det traditionella synsättet att vara förhärskande.²⁴ Lewis-Fernández, en av de drivande krafterna i arbetsgruppen, har beskrivit hur gruppens rekommendationer behandlades:

Arbetsgruppen har rekommenderat att ett avsnitt om kulturell diagnostik placeras på framträdande plats i början av manualen. Redaktionen för DSM-IV har emellertid valt att endast ta in en reviderad och starkt förkortad version och endast i bilagan till huvudtexten.²⁵

Resultatet har blivit att användbart diagnosverktyg har blivit mindre tillgängligt, särskilt som man strukit fallbeskrivningarna i manualen. Vidare innebär förslagens placering i en bilaga i anslutning till de så kallade kulturbundna syndromen (icke-västerländska sjukdomsbilder som hamnat utanför de »universella« diagnostiska kategorierna) en olycklig sammankoppling med »exotiska« fall och speciella situationer.²⁶ Genom att förslaget bara finns i bilagan har det tyvärr inte kommit med i den mest spridda publikationen *Mini DSM-IV*, som är den kortversion av DSM-IV som nu är översatt till minst femton språk och som också finns på svenska.

Risken kvarstår således att DSM-IV även i fortsättningen kommer att tillämpas på ett ur etnisk synpunkt negativt och diskriminerande sätt. Kleinman, som har varit en av de ledande när det gäller det kulturella perspektivet, skriver att redan i den tidigare versionen (DSM-III) varnades för en okritisk tillämpning av de diagnostiska kriterierna. Ett kort omnämnande i introduktionen till DSM-IV om risken för missbruk av diagnostiken är då knappast tillräckligt för att motverka problemet, särskilt när läkare och patient kommer från olika bakgrund, etniskt och socio-ekonomiskt, och/eller när systemet tillämpas i ett sammanhang som är annorlunda än där det ursprungligen formulerats. Kleinman tillstår att kulturella aspekter på psykisk ohälsa tagits upp i DSM-IV men anser bestämt att arbetsgruppens centrala rekommendationer inte tagits med, varför mycket av det som varnades för i DSM-III tyvärr fortfarande är giltigt.²⁷

En näraliggande förklaring till att DSM-IV-manualen kommit att se ut som den gör är att redaktionen har företrätt det dominerande synsättet (Paradigm A). Detta i sin tur kan ses som en logisk konsekvens av en hel idéhistorisk tradition som den avspeglas i positivistisk vetenskapssyn och biomedicinsk vetenskap. »Den postmoderna revolten« bärs upp av en vilja till förändring av perspektivet. Den vill lära oss att psykiatrin och samhällsvetenskaperna i grunden är sociala konstruktioner. Enligt detta synsätt bestäms det som för tillfället hålls för sant av samhällets dominansförhållanden, det vill säga de grupper i samhället som har makt och resurser har också det dominerande ideologiska inflytandet eller hegemonin. Makt och åsiktsprivilegier är således avgörande i sammanhanget *eftersom de som har makten också har tolkningsföreträdet*. »Förlorarna« blir de som saknar maktposition. Dessa, till exempel olika etniska minoriteter, tenderar istället att marginaliseras och riskerar att utsättas för strukturell diskriminering. Kunskapen om människan måste alltså relativiseras för att inte bli för snävt vinklad och etnocentrisk.

Ett svenskt fall som illustration

Fallet är tänkt att kortfattat illustrera Paradigm A (det »neutrala« perspektivet) kontra Paradigm B (det »kulturellt medvetna« perspektivet) och vad en kulturell ansats i diagnostiken skulle kunna innebära. Klinikern kan här analysera etniska aspekter och göra sin egen värdering. När man kommer i kontakt med ett fall av den typen av strukturell diskriminering, är det nödvändigt att tänka

såväl på förhistorien som på framtidsmöjligheterna för att kunna nå riktig förståelse för problematiken.

Fallet Zadia

Detta handlar om 40-åriga Zadia, vars rätt till sjukpenning har ifrågasatts av Försäkringskassan – ett fall av strukturell diskriminering enligt vår mening. Av sekretesskäl är namn och vissa andra detaljer ändrade.

Zadia kom till Sverige från ett nordafrikanskt land i början av 80-talet. Hon är gift med en betydligt äldre landsman och bägge är numera svenska medborgare. Maken går långtidssjukskriven för ryggen. De har sex barn. Familjen, som är muslimer, bor i en modern lägenhet i en typisk svensk förort.

Zadia har tidigare arbetat i vården. Hennes sjukdomsbesvär började med ryggvärk i samband med att hon väntade sitt tredje barn. De senaste åren har smärtorna generaliserats och känns i hela kroppen. Hon har också fått ökade psykiska besvär med oro och svimningar. Hon orkar inte längre arbeta och har sökt husläkare för att bli sjukskriven. En kroppsundersökning med laboratorieprover visade normala förhållanden. Vid remiss till psykiatrisk konsultundersökning fann läkaren (Psykiater I) ingen depression eller andra tecken på psykisk störning enligt DSM-IV. Psykiatern valde dessutom att negligera den kulturella bakgrunden. Istället fick Zadia besked att någon ytterligare »doctor shopping« (sic) inte skulle hjälpa. Hon har sedan dess upplevt sig alltmer missförstådd och har på eget initiativ sökt en privatpraktiserande

läkare, som ställt diagnosen fibromyalgi och »kroppsångest«. Den sistnämnde läkaren har också ordinerat medicinering och varit beredd att förlänga sjukskrivningen.

Sjukskrivningen har ifrågasatts av försäkringskassan. Skulle Zadia med andra ord vara arbetsför? I detta läge görs en bedömning (»second opinion«) av en ny specialist i psykiatri, låt oss kalla denne Psykiater II.

Zadia kommer till mottagningen i sällskap med maken. Hon bär slöja. Svenskan är dålig och maken tolkar när det behövs. Hon har inte någon förklaring till besvären, vill helst tala om värken och ger en monoton och malande beskrivning av sina många övriga symptom. Hon har också svårt att sova och känner sig trött och orkeslös. Hemarbete är inte att tänka på utan familjen måste ställa upp med hushållsgöromålen. För denne psykiater (Psykiater II) ter hon sig inte deprimerad och visar heller inga tecken på psykos.

Enligt Psykiater II talar symptomen närmast för ett smärtsyndrom, som är förknippat med såväl psykologiska som kulturella faktorer. Med tanke på att besvären är så fixerade och på hemsituationen och kommunikationsproblemen i kontakten med vården, är prognosen troligen dålig beträffande hennes chanser att snabbt bli arbetsför igen. Psykiater II rekommenderar därför fortsatt sjukskrivning i förening med kulturkompetent samtalsterapi.

Frågan om Zadia kommer att beviljas sjukskrivning är ännu ej avgjord.

Diskussion

Diagnostik handlar inte bara om att göra något »på rätt sätt« utan är också en tolk-

ningsprocess som innefattar ett terapeutiskt förhållande och en möjlig omdefinition av den sociala situationen.²⁸

Fallet Zadia innehåller en multidimensionell problematik, som inkluderar somatiska, psykologiska och sociala aspekter, vilka vi anser borde beaktas i fortsatt behandling och rehabilitering. Det finns också en existentiell eller meningsskapande dimension eftersom Zadia inte längre kan skapa sig mening på samma sätt som i hemlandet. Detta har att göra med en problematisk anpassningsprocess och en upplevelse av ett alltmer djupgående utanförskap.

Vi anser således att det finns särskilda skäl att beakta hennes livshistoria. Psykiater I arbetar helt traditionellt enligt den logik som följer av Paradigm A. Zadias psykiska störning och tendens att somatisera symptomen har inte heller beaktats i relation till föreliggande språk- och kommunikationssvårigheter – inte minst upplevelsen av bristande förståelse från vårdapparatens sida. Sekundärt förebyggande åtgärder (enligt vad som följer av Paradigm B) har inte vidtagits, varför tillståndet har kunnat bli alltmer kroniskt. Vi är övertygade om att, om det hade funnits utrymme för ett mer kulturmedvetet perspektiv, kunde preventiva insatser ha satts in tidigare. Patient och läkare kunde ha gjort den kulturella analysen tillsammans som en arbetsallians, till exempel genom att gå igenom hennes egen tolkning av symptomen, hennes förväntningar på vården, hennes sätt att skapa mening i hemlandet och nu i Sverige. Anpassningen kunde ha analyserats och både positiva och negativa konsekvenser

kunde ha diskuterats, till exempel hennes egna erfarenheter och problem i mötet med arbetsmarknaden. De kunde sedan tillsammans ha föreslagit olika insatser av betydelse för rehabiliteringen.

Sammanfattningsvis illustrerar de negativa konsekvenserna av en traditionell handläggning (Paradigm A) av sjukdom hos denna kvinna behovet av ett alternativt perspektiv i diagnostik, behandling, forskning och policy (Paradigm B). För psykiatrin kräver detta ett nytt innehåll i grund- och specialistutbildningen, liksom nya preventiva strategier och mera relevanta utvärderingsprogram – ett projekt, som bara kan genomföras genom koordinerat samarbete på flera nivåer, nationellt och internationellt.²⁹ Allmänt måste vi ändra fokus från »de andra« till våra egna strukturer och institutionella sammanhang för att få kunskap om de mekanismer som reproducerar etniska klyftor och »vi-och-dem«-ordningen i samhället.³⁰

- 1 Artikeln är en bearbetning av ett bidrag som lämnats till utredningen om etnisk diskriminering (SOU 2005:56).
- 2 Amanda Peralta, »Det sagda och det tänkta. Begreppsanvändning och begreppsskifte i diskursen om invandrare och invandrapolitik«. I P de los Reyes och M Kamali (red.) *Bortom vi och dom. Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU:2005:41, Fritzes 2005, s.185-202.
- 3 Masoud Kamali, »Ett europeiskt dilemma. Strukturell/ institutionell diskriminering«. I de los Reyes, Kamali, *Bortom vi och dom*, s.29-69.
- 4 F L Pincus, »From individual to structural

discrimination,« I F L Pincus och H J Ehrlich (red.) *Race and ethnic conflict: contending views on prejudice, discrimination and ethnviolence*. Boulder, CO 1994. F L Pincus »Discrimination Comes in Many Forms – Individual, Institutional and Structural«. *American Behavioral Scientist*, 1996;40:186-194. R B Hill, »Structural discrimination: The unintended consequences of institutional processes.« I H J O’Gorman (red.) *Surveying social life: Papers in honor of Herbert H Hayman*. Middletown, CT 1988.

- 5 SOU 2005:56: *Det blågula glashuset. Strukturell diskriminering i Sverige*. Elanders 2005.
- 6 Aje Carlbom, »Idén om strukturell rasism döljer det verkliga integrationsproblemet«, *Röda Rummet*, 2/2005.
- 7 A Hetzler, D Melén och D Bjerstedt, *Sjuk-Sverige. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden*. Symposium 2005.
- 8 M Azar, »Det symboliska objektet. Delen, delandet och den nationella gemenskapen«. I de los Reyes, Kamali, *Bortom vi och dom*, s.172.
- 9 U By, »Socialen sista porten innan helvetet«, *Dagens Nyheter*, 26 september 2005.
- 10 A Lange, *Diskriminering, integration och etniska relationer*. Integrationsverket, Norrköping 2000.
- 11 B Törnell, »Migration, etnicitet och hälsa – underlag för indikationer«. I C Hogstedt (red.), *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm 2003.
- 12 A Chakraborty, K McKenzie. »Does racial discrimination cause mental illness?« *British Journal of Psychiatry*, 2002;180 (6):475-477. J P Harell, S Hall och J Taliaferro. »Psychological Responses to Racism and Discrimination: An Assessment of the Evidence«. *American Journal of Public Health*, 2003;93(2):243-248.
- 13 J Nazroo. *Ethnicity and mental health*. London 1997.
- 14 Statens folkhälsoinstitut. *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. 2002:29.
- 15 American Psychiatric Association, *Diagnostic*

- and *Statistical Manual, Edition 4*. Washington DC 1994.
- 16 Valerie DeMarinis, *Tvärkulturell vård. Vård i livets slutskede*. Studentlitteratur 1998.
 - 17 A J Marsella, A M Yamada, »Culture and Mental Health: An Introduction and Overview of Foundations, Concepts and Issues.« I I Cuellar och F Paniagua (red.) *Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and Treatment of Diverse Populations*. San Diego CA 2000.
 - 18 J E Mezzich, »Culture and Multiaxial Diagnosis« i J E Mezzich, A Kleinman, H Fabrega och D L Parron (red.), *Culture and Psychiatric Diagnosis – A DSM-IV Perspective*. Washington DC 1996.
 - 19 M Azar *Frihet, jämlikhet, brodermord. Revolution och kolonialism hos Albert Camus och Frantz Fanon*. Symposium 2002, s.381.
 - 20 G Misra, sektion i K Gergen, A Gulerce, A Lock och G Misra, »Psychological science in cultural context«. *American Psychologist* 1996;51:496-503. T Sloan, »Psychological research in developing countries«. I S Carr och J Schumaker (red.) *Psychology and the developing world*. New York 1996.
 - 21 A Chakraborty, »Culture, colonialism and psychiatry«, *Lancet*, 1991;337:1204-1207.
 - 22 För vidare information om nyttan av en kulturell formulering, se t ex: Mezzich »Culture and Multiaxial Diagnosis«. L J Kirmayer, C Rousseau och R Santhanam, »Models of Diagnosis and Treatment Planning in Multicultural Mental Health«. I A Rummens, M Beiser och S Noh (red.) *Immigration, Health and Ethnicity*, Toronto 2001. S Bäärnhielm, *Clinical encounters with different illness realities. Qualitative studies of illness meaning and restructuring of illness meaning among two cultural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm*. Akad.avhandling, Div of Psychiatry, Neurotec, Karolinska institutet 2003.
 - 23 De los Reyes, Kamali, *Bortom vi och dom*.
 - 24 H Fabrega, »Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis« och A Kleinman »How is Culture Important for DSM-IV?« I Mezzich m.fl. *Culture and Psychiatric Diagnosis*.
 - 25 R Lewis-Fernández, »Cultural Formulation of Psychiatric Diagnosis«. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1996;20:137.
 - 26 C Gonzalez, E Griffith, P Ruiz, »Cross-cultural issues in psychiatric treatment«. I G Gabbard (red.), *Treatments of psychiatric disorders, 3d edition*. Washington DC 2001.
 - 27 A Kleinman, »How is Culture Important for DSM-IV?« I Mezzich m.fl. *Culture and Psychiatric Diagnosis*, s.20-21.
 - 28 L J Kirmayer, »Broken Narratives: clinical encounters and the poetics of illness experience«. I C Mattingly, L Garro (red.), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley CA 2000.
 - 29 S Bäärnhielm, S Ekblad, J Ekberg, B E Ginsburg, »Historical reflections on mental health care in Sweden: The Welfare state and cultural diversity«, *Transcultural psychiatry* 2005;42(3):394-419. M Kamali, *Sverige inifrån. Röster om etnisk diskriminering*. Rapport av utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU2005:69. Fritzes 2005.
 - 30 De los Reyes, Kamali, »Teoretiska reflektioner...« i *Bortom vi och dom*.

Den bio-bio-biologiska modellen för galenskap

John Read

Översättning: Maria Sundvall

Vart tog »psyko« och »social« vägen i förklaringarna till schizofrenins uppkomst? Det frågar psykologen John Read, som tjänstgör vid institutionen för psykologi vid universitet i Auckland, i den här artikeln där han angriper samarbetet mellan läkemedelsindustrin och den biologiska psykiatrin. John Read är en av författarna till boken *Galenskapens gåta (Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia)* och har nyligen publicerat omfattande material om sambandet mellan trauma i barndomen och psykos.¹

Den 19 augusti 2005 publicerade American Psychiatric Association (APA), USA:s psykiaterförening, en artikel i *Psychiatric News* med rubriken »Big Pharma and American Psychiatry: The Good, the Bad and the Ugly« (ungefär »Läkemedelsjättarna och den amerikanska psykiatrin: den gode, den onde och den fule«). Artikeln sade:

Det finns en utbredd oro för över-medikaliserings av psykiska störningar och för överanvändning av läkemedel. Ekonomiska incitament och hårdare kontroll av behandlingskostnader har stärkt idén om en »quick fix« genom att ta en tablett, vilket leder till att mindre betoning läggs på psykoterapi och psykosociala behandlingar. Det finns mycket som tyder på att mindre psykoterapi ges av psykiatrin idag än för 10 år sedan.

Det är sant, trots att det finns en stark bas av evidens för att många psykoterapier är effektiva i sig eller i kombination med läkemedel... Om vi uppfattas som enbart tablettlangare och anställda i läkemedelsindustrin, kommer vår trovärdighet som yrkesgrupp att skadas.²

Det var ett modigt drag av APA att trycka denna oppositionella ståndpunkt, som går direkt emot det internationella tänkandet (särskilt tänkandet i USA) under de senaste 30 åren. Det påminde mig om den nyligen avlidne Loren Moshers magnifika utträdesbrev från APA 1998:

Psykiatrin har nästan helt och hållet köpts upp av läkemedelsföretagen. APA skulle inte kunna fortsätta utan stöd från läkemedelsindustrin för möten, tidningsannonser,

luncher, obegränsat med utbildningsstipendier och så vidare. Psykiatrer har blivit läkemedelsmarknadsföringens kelgrisar... Vi försöker inte längre förstå hela människor i deras sociala sammanhang – istället är vi där för att rätta till våra patienters neurotransmittorer.³

Det förbluffande med att Moshers ståndpunkter återuppstod på det här sättet är att det den här gången inte bara var ytterligare en rebell som skrek ut sin protest mot den egna yrkesgruppens likgiltighet för att sedan avgå – den som skrev var APA:s ordförande, Steven Sharfstein.

Läkemedelsbolagens roll

Och det lät som ett svar till Moshers uppmaning att »Ta vetenskap, politik och pengar på allvar. Kalla saker för vad de är«, när Sharfstein tillade: »Läkemedelsbolagsrepresentanterna med deras gåvor är täta besökare på psykiaternas kontor och i deras väntrum. Vi borde ha förstånd och omdöme nog att kalla de gåvorna för vad de är – *kickbacks* och mutor.«

Första gången jag deltog på en psykiatrikonferens, ordnad av Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists för många år sedan, vämjdes jag över omfattningen av läkemedelsindustrins närvaro. Bland de otaliga stånden där »gåvor« delades ut kråmade sig perfekta unga kroppar i hudnära *bodysuits* och lockade psykiatrerna med »gratis« massage. När jag tillkännagav på konferensen att det fanns fler företagsrepresentanter på delegatslistan än psykiatrer från hela Nya Zeeland, möttes det av en bedövande tystnad.

Förra året bröt jag min föresats att aldrig mer delta på sådana konferenser och åkte till World Psychiatric Association's (psykiaternas världsorganisation) kongress i Florens. Läkemedelsbolagens dominans avspeglade sig i det »vetenskapliga programmet«, som nästan enbart innehöll läkemedelsstudier. Efter ett av mina föredrag (»Behandlingen av psykos mot bakgrund av barndomstrauman«) reste sig en psykiater från Skottland och sade: »Lugna dig, John. Du vinner. Vi hänger med. Saker och ting håller på och ändras.«

Men vinner vi? Vad skulle det betyda att vinna? Vid en konferens i Vancouver förra året höll dr Robin Murray ett uppmanande tal till hela konferensen. Han gav ett erkännande åt en del av den senaste forskningen om hur psykosociala faktorer påverkar schizofreni. Han drog emellertid slutsatsen att »schizofreni-krigen tog slut för årat sedan«. Han hänvisade till den vapenvila som slutits under den »bio-psyko-sociala« modellens fana, vilket innebär att schizofreni ses som ett växelspel mellan en genetiskt nedärvd predisponering, mottaglighet, och social stress som utlösande faktor.

Men jag tror inte alls att kriget tagit slut. Jag förklarade på konferensen att i flertalet krig har invasionsmakten för bråttom att förklara att fientligheterna upphört, vanligen så snart som invånarna i det invaderade landet inte förmår göra mer än uppsplittat, sporadiskt motstånd. Jag sade att många av oss fortfarande känner det som om vi lever på ockuperat territorium. Kriget kommer att ta slut, fortsatte jag, först då förenklade biologiska ideologier och teknologier drar

sig tillbaka till lämpliga gränser och erkänner att deras orättmätiga intrång ställt till skada.

Schizofreni inte en sjukdom

År 2004 publicerade jag, tillsammans med 23 andra bidragsgivare från sex länder och en rad olika yrkesområden (och bland dem även brukare), vad vi medvetet såg som en samordnad motattack i »kriget«. I inledningskapitlet till *Models of Madness* klargör mina medredaktörer Richard Bentall och Loren Mosher och jag våra avsikter.⁴ Vi hävdar att den ökade känslighet, de ovanliga erfarenheter, den plåga, förtvivlan, förvirring och upplösning som nuförtiden etiketteras som »schizofreni« inte är symtom på en medicinsk sjukdom. Tanken som drivs av den biologiska psykiatri och läkemedelsindustrin att »psykisk sjukdom är en sjukdom som alla andra«, har inget stöd i forskningen och är extremt skadlig för dem som fått denna den mest stigmatiserande av psykiatriska etiketter. Den bär ansvaret för en ogrundad och destruktiv pessimism om möjligheterna till »återhämtning«, och har inte tagit hänsyn till – eller till och med aktivt avrått från att diskutera – vad som i verkligheten pågår i dessa människors liv, i deras familjer och i de samhällen där vi lever.

Galenskapens gåta sammanställer olika fakta som kan öka majoritetens självförtroende när den konfronteras med den omdömeslösa men mäktiga minoritet som använder alla vetenskapliga och professionella experttrick för att med tvång om nödvändigt hävda: »Det är en sjukdom

– så du måste ta läkemedel«. . Jag säger »majoriteten« eftersom flera internationella undersökningar visat att allmänheten (liksom flertalet anställda inom psykiatri och deras patienter), när den får frågan om vad som orsakar schizofreni, nämner sociala faktorer som fattigdom och traumatiska barndomsupplevelser, i mycket högre grad än bio-genetiska faktorer.⁵

Psykologer brukar, som andra människor inom akademiska och vårdyrken, vara ganska eftertänksamma och vänliga. De flesta föredrar att inte bli indragna i krig, av något slag. Så det är begripligt att så många psykologer har accepterat den bio-psykosociala modellen. Den gör det möjligt för psykologer som är intresserade av schizofreni att studera de psykosociala faktorer som utlöser den förmenta genetiska predisponeringen, så länge de inte bryr sig om att det fenomen de studerar saknar reliabilitet och validitet.⁶ Den gör det möjligt för kliniska psykologer att hjälpa »schizofrena« att hantera sina symtom och förhindra återfall genom att uppmuntra familjer att sänka sin nivå av »Expressed Emotion« (en underlig förskönande omskrivning för fiendlighet och kritik). Hursomhelst, varför bry sig om den gamla hönan-och-ägget-striden, nu när vi vet att allt är ett samspel mellan de två?

Koloniseringen av det psykologiska och sociala

Att termen »bio-psyko-social« modell, som använts sedan 70-talet, skulle innebära någon integration av olika perspektiv är ändå mer illusion än verklighet. En del

av den modellen har varit den så kallade »sårbarhets-stress«-idén som ger sociala stressfaktorer en roll, men bara hos de personer som redan är genetiskt predisponerade. Livshändelser har reducerats till att ses som »triggers«, utlösande faktorer, för en underliggande genetisk tidsinställd bomb. Det handlar inte om att integrera modeller, det handlar om att låta det biologiska kolonisera det psykologiska och sociala. Den koloniseringen har inneburit att man inte brytt sig om eller svärta ned forskning som visat på betydelsen av omgivningsfaktorer – som vanvård, trauma (inom och utanför familjen), fattigdom, rasism, sexism och så vidare – för att skapa galenskap. Koloniseringen har till och med gått så långt som att uppfinna eufemismen »psykoedukativ« för program som lär ut sjukdomsideologin till individer och familjer.

Jag måste medge att jag knappt kunde undertrycka ett »Ja!«, när jag läste Sharfsteins kommentar: »Vi måste undersöka det faktum att vi, som yrkesgrupp, tillåtit den bio-psyko-sociala modellen att bli den bio-bio-biologiska modellen.« Så kanske håller saker och ting verkligheten på att ändras. I ljusa stunder kan jag se många tecken på det. Den internationella brukar/överlevarrörelsen är på gång och välmående.⁷ Brittiska kognitiva psykologer leder en renässans för psykologers deltagande i psykosfältet, ett område som vi i hög grad övergivit sedan antipsykotiska läkemedel infördes på 50-talet. De visar inte bara att hallucinationer och vanföreställningar är fullständigt möjliga att begripa inom ramen för normala psykologiska processer,⁸ utan också att kognitiv terapi är effektivt vid psykos⁹

– med eller utan medicinering¹⁰. Flera andra psykologiska insatser har också visat sig ha effekt.¹¹

Forskare runt om i världen är inte längre så rädda för att studera psykosociala faktorer, till och med det tabubelagda ämnet om dysfunktionella familjer¹² som orsaksfaktorer i utvecklingen av psykos, och inte bara som *triggers* eller förvärrare av en inbillad, eller i bästa fall grovt överskattad genetisk predisposition¹³. Fattigdom, att bo i städer, rasism, andra former av diskriminering, övergrepp i barndomen, och att ha en misshandlad mamma är faktorer som alla visat sig i hög grad kunna förutsäga psykosutveckling.¹⁴ En del vågar till och med tala om att schizofreni skulle kunna gå att förhindra, genom allmänna program för att öka barns trygghet och livskvalitet.¹⁵

Det finns andra positiva tecken. Jag har talat för fulla hus vid de två första brittiska konferenserna om trauma och psykos, vår bok har fått positiva recensioner i psykiatriska tidskrifter, och det Internationella sällskapet för den psykologiska behandlingen av schizofreni, ISPS (www.isps.org) har vuxit enormt.

Men det verkliga måttet på framsteg ligger i praktikens frontlinje. De verksamhetschefer som fortfarande hyser den industrisponserade uppfattningen att läkemedel alltid är förstahandsbehandling måste göras uppmärksamma på alla framgångsrika exempel runt om i Storbritannien. De enkla sanningarna är att mänskligt elände oftast orsakas av andra människor och att de bästa lösningarna bygger på mänskliga – snarare än kemiska eller elektriska – insatser. Om den psykiatriska samhällsservicens brukare

fick vara med och förhandla fram den slutliga vapenvilan i »schizofrenikrigen«, skulle den bio-bio-biologiska modellen vara historia. Folk tycker om att kunna välja.

- 1 Artikeln har tidigare publicerats i *The Psychologist*, 18:10, 2005, s.596-597. *The Psychologist* ges ut av The British Psychological Society – www.bps.org.uk. – John Read har e-mailadress j.read@auckland.ac.nz. Hemsida: tinyurl.com/chwzb. – J Read, Loren R Mosher, Richard P Bentall, *Models of Madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*, Hove 2004. På svenska som *Galenskapens gåta – psykologiska, sociala och biologiska modeller för schizofreni*, Dualis 2005. – För ett flertal artiklar om trauma och psykos, se *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005 Nov; 112(5).
- 2 *Psychiatric News*, 40 (16), s.3. Se tinyurl.com/97g7j.
- 3 www.moshersoteria.com
- 4 Read m.fl., *Galenskapens gåta*, s.19-22.
- 5 John Read, Nick Haslam, »En allmän uppfattning: hemska saker händer och kan få en att bli galen« i Read m.fl., *Galenskapens gåta*, s.151-162.
- 6 Med reliabilitet menar man ett tests förmåga att nå samma resultat om mätningen upprepas under samma förhållanden. Med validitet menas hur väl en testmetod mäter det den avser att mäta. – Richard P Bentall, *Madness explained: Psychosis and human nature*, London 2003.
- 7 Judi Chamberlin, »Brukarnas egen hjälperksamhet« i Read m.fl., *Galenskapens gåta*, s.293-301.
- 8 T.ex. P Garety m.fl, »A cognitive model of the positive symptoms of psychosis«, *Psychological Medicine* 31, s. 189-195.
- 9 T.ex. D Kingdon, D Turkington, *Cognitive therapy of schizophrenia*, New York 2005.
- 10 A P Morrison, P French, L Walford m.fl, »Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk«, *British Journal of Psychiatry*, 185, s.291-297.
- 11 Brian Martindale, Anthony Bateman, Michael Crowe och Frank Margison (red.) *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*, London 2000. Read m.fl. Galenskapens gåta.
- 12 John Read, Fred Seymour, Loren R Mosher, »Olyckliga familjer« i Read m.fl, *Galenskapens gåta*, s.263-280.
- 13 J Joseph, *The gene illusion*, Ross-on-Wye 2003.
- 14 Vad gäller fattigdom, se J Read, »Fattigdom, etniskt ursprung och kön« i Read m.fl, *Galenskapens gåta*, s.179-210. För stad/land, se J van Os, M Hanssen, R Bijl och W Vollebergh, »Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms«, *Archives of General Psychiatry*, 58, 2001, s.663-668. För rasism, se N Karlsen, J Nazroo, »Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups«, *American Journal of Public Health*, 92, 2002, s.624-631. För andra former av diskriminering, I Janssen, M Hanssen, M Bak m.fl, »Discrimination and delusional ideation«, *British Journal of Psychiatry*, 182, 2003, s.71-76. För övergrepp i barndomen se t.ex.J Read, K Agar, N Argyle, V Aderhold, »Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder«, *Psychology and Psychotherapy: Research, Theory and Practice*, 76, 2003, s.111-22, samt J Read, J van Os, A P Morrison, C A Ross, »Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications«, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005 Nov;112(5):s.330-350. För misshandlad mamma, se C Whitfield, S Dube, V Felitti och R Anda, »Adverse childhood experiences and hallucinations«, *Child Abuse and Neglect*, 29, 2005, s.797-810.
- 15 Emma Davies, Jim Burdett, »Att förebygga 'schizofreni': att skapa förutsättningar för ett sundare samhälle«, *Galenskapens gåta*, s.281-292.

Sex myter om avinstitutionaliseringen av den svenska psykiatri

Alain Topor

Att det går rakt utför med svensk psykiatri, tycks ha blivit en allmän sanning, inte minst i media. Men alla som för fram den ståndpunkten har inte som enda ärende att kräva mer resurser och försvara rätten till god psykiatrisk vård. Det finns också en kritik av hela den förändring med stängning av mentalsjukhus och utbyggnad av öppenvård som psykiatri genomgått. I den här artikeln försvarar psykologen Alain Topor förändringen, samtidigt som han visar på dess otillräcklighet. Han visar också hur debatten ställer grundläggande frågor om samhällets syn på psykiskt lidande på sin spets. Topor, som är filosofie doktor och chef för forsknings- och utvecklingsenheten vid Psykiatri Södra i Stockholm samt anställd på institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet, har i sin forskning studerat hur människor kan återhämta sig från svåra psykiska störningar. Han har också varit med om att initiera samarbete med psykiatriens brukare och brukarorganisationer kring återhämtningsarbete.¹

Minskningen av antalet platser inom den psykiatriska vården är en process som har inträffat samtidigt i alla industriländer, Japan undantaget. Processen har omgivits av en omfattande forskning, inomprofessionella och politiska diskussioner samt massmedial bevakning.

Ändå råder det stor oenighet om den genomförda utvecklingens innehåll och konsekvenser: Blev det bättre för människor med svåra psykiska problem? En fråga som på senare år börjat kompletteras med

en annan fråga: Blev det inte (ännu) sämre för de närstående?

Tanken med följande rader är inte att besvara dessa frågor, utan, mer blygsamt, att försöka föreslå en bas för ett allvarligt samtal om dessa frågor.

Jag kommer att utgå ifrån sex påståenden som berör avgörande områden för den fortsatta diskussionen och presentera ett antal uppgifter om dem. Tanken är att problematisera några områden där svaren ofta tas för givna.

I den fortsatta texten kommer jag att skilja mellan *avhospitalisering*, som enbart handlar om nedläggning av antalet sängplatser inom den psykiatriska vården, *transinstitutionalisering* som handlar om förflyttningar från den ena institutionen (mentalsjukhus) till den andra (fängelse mm) och *avinstitutionalisering*, som handlar om en mer omfattande process. En process där avhospitaliseringen kombineras med en integration av de utskrivna i samhället och av samhället till de utskrivna patienterna; till sina medborgare. Alla sina medborgare. Avinstitutionaliseringens mål är inte enbart de intagna patienterna, utan även psykiatrins praktik och kunskap.²

1. Det har gått för fort

Ett återkommande inslag i diskussionerna om den psykiatriska vårdens utveckling är att avhospitaliseringen i Sverige skulle ha gått för fort. Många tror att minskningen av antalet slutenvårdsplatser startade i samband med psykiatireformens genomförande i mitten av 1990-talet.

Men i Sverige började antalet slutenvårdsplatser minska redan 1967.

Minskningen av den slutna vårdens omfattning har alltså pågått i över 40 år. Om nu 40 år skulle vara »för fort«, uppstår frågan hur lång tid som skulle ha varit nödvändigt för att processen skulle fortgå i »lagom« takt?

Intressant nog kopplar många minskningen av antalet psykiatriska sängplatser till införandet av de moderna psykofarmaka. Men dessa infördes i den svenska psykiatriska vården redan i mitten på 1950-talet,

vilket skulle utsträcka avhospitaliseringen till en period på 50 år. Det dröjde dock över tio år innan en minskning av antalet sängplatser inträffade. Tio år då den slutna psykiatriska vården byggdes ut vidare.

Lokalt i USA började minskningen av antalet psykiatriska sängplatser ske redan i slutet av 1940-talet. Denna minskning var kopplad till införandet av socialpsykiatriska insatser, i så kallade »terapeutiska samhällen«.³

I Sverige påbörjades minskningen av antalet psykiatriska sängplatser i samband med att landstingen övertog ansvaret för den psykiatriska vården från staten.

2. Det har lagts ner för mycket

Ett vanligt påstående är att även om en viss minskning av den slutna vårdens omfattning var befogad (i början av 1960-talet var Sverige det industriland som hade högst andel av befolkningen intagen i slutna psykiatrisk vård) så är det som inträffat för omfattande.

Socialstyrelsen har genom sin statistikföring förmedlat uppgifter som ger näring åt en sådan uppfattning. (Fig 1, nästa sida.)

Mellan 1967 och 2005 har antalet sängplatser inom den slutna psykiatriska vården minskat med över 80 procent, från cirka 36 000 till cirka 5 000.

En sådan utveckling ter sig dramatisk. Men de kalla siffrorna har en förmåga att invagga oss i en falsk otrygghet. Verkligheten bakom siffrorna är dock för det mesta mer komplicerad.

När det gäller minskningen under 1980-talet visade Claes-Göran Stefansson⁴ att en

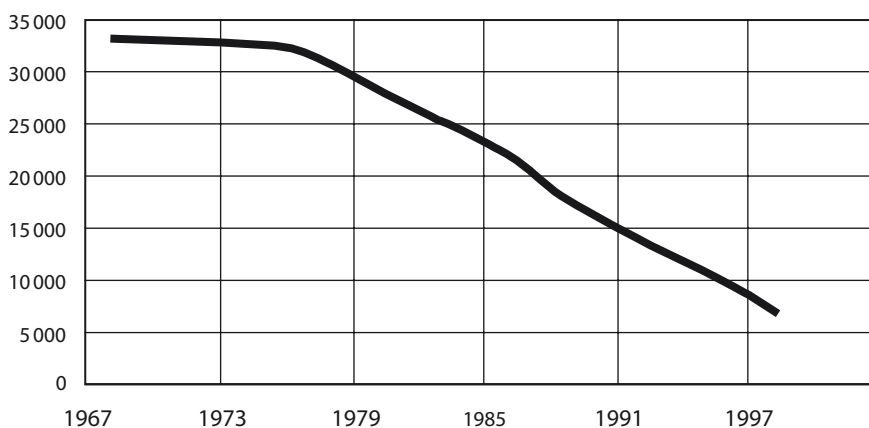


Fig 1. Antal inneliggande patienter i egentlig psykiatrisk vård vid inventeringar 1967–1997.

del av minskningen i Stockholms län inte var något tecken på avhospitalisering, utan på transinstitutionalisering: På överföring av verksamheter från en organisation till en annan. Från en huvudman till en annan. Stora delar av geropsykiatrin, där äldre människor vårdades, överfördes under denna period till, först, den somatiska långvården inom landstinget och, senare, till kommunerna.

De flesta platserna fanns kvar. Men ur sjukvårdsstatistiken försvann de.

Samma sak hände med den slutna missbruksvården, som bedrevs inom psykiatrin fram till 1980-talet. Platserna överfördes till en annan organisation och upphörde att därmed existera, i statistiken.

En annan period där det sker en kraftig minskning av den slutna psykiatriska vårdens omfattning är i samband med psykiatrireformens genomförande; om man får tro socialstyrelsens statistik.

På något år minskar antalet sängplatser kraftigt i Socialstyrelsens statistik. Inte

undra på att allmänheten blir orolig. Men än en gång döljer siffrorna sanningen.

Ju mer det förändrades, desto mer är det samma sak?

Innan reformens genomförande bedrevs en del av den vård, som ingick i socialstyrelsens statistik, på enskilda vårdhem, på behandlingshem och inom familjevården. I och med reformen överfördes betalningsansvaret för de personer som fanns på dessa platser från landsting till kommun. I de flesta fallen fortsatte samma personer att omhändertas av samma personal på samma institutioner. Men ur statistiken försvann de.

Även hela slutenvårdsavdelningar, på psykiatriska kliniker med långtidsvårdade patienter, överfördes. Skattemedel, patienter, personal och lokaler övergick till kommunen. Och därmed upphörde de att existera i socialstyrelsens statistik och följaktligen i allas vårt medvetande.

I en undersökning inom Stockholm läns landsting kartlades förekomsten av psykiatrisk heldygnsvård för ett område på drygt 200 000 invånare⁵. Såväl psykiatrins som socialtjänstens platser inkluderades.

Räknade man enbart den vård som producerades av psykiatrin handlade det om 82 platser. Tog man med de platser som köptes av psykiatrin från externa producenter handlade det plötsligt om 132 platser.

Tog man med socialtjänstens köpta vård för psykiskt funktionshindrade (främst de så kallade Hem för Vård och Boende –HVB, som i mångt och mycket motsvarar de platser som kommunerna övertog från landstingen i samband med psykiatireformen) blev antalet heldygnsplatser 240.

Tog man även hänsyn till den heldygnsvård som kommunen producerade själv blev slutresultatet 323. Alltså varierade andelen heldygnsvårdsplatser per 1 000 invånare mellan, som lägst, 0,40 platser och, som högst, 1,54, beroende på hur man räknade.

Det är självklart att om man vill skapa en moralisk panik blir den lägsta siffran lämplig att ta fram. Men är den så adekvat om man är intresserad av utvecklingen?

En jämförelse med 1992 visade att antalet platser visserligen minskat. Men inte på långa vägar så många som det sagts.

Med Socialstyrelsens sätt att räkna så skulle minskningen vara från cirka 390 platser till 132. Egentligen var minskningen från 390 till 323, vilket ger en helt annan bild av utvecklingen än den som förmedlas i pressen.

Alltså: Den slutna vården har minskat i omfattning sedan mitten på 1960-talet,

men inte alls i den utsträckning som en trubbig statistik försökt att visa.

Sedan står det var och en fritt att värdera att en del av den påstådda nedläggningen av mentalsjukhusen visat sig vara en transinstitutionalisering. Oberoende denna värdering kan man dock känna oro över hur det går för de människor som är intagna på dessa platser vars existens glömts bort.

3. *Psykiatriska patienter har övergivits*

Psykiatrins senare historia framställs allt oftare som en historia om nedläggningar.

En gång i tiden fanns mycket vård. Nu finns knappt någonting kvar.

Att uppgifterna bakom sådana påståenden är problematiska har vi redan sett. Nära sammanhängande med dessa påståenden finns dock en annan föreställning om att de patienter som skrivits ut och nya patienter lämnas vind för våg.

En sådan bild är sann endast om man väljer att reducera stöd- och behandlingsinsatserna till antalet sängplatser (och inte ens alla sängplatser utan enbart till de sängplatser som finansieras via landstingsskatten – se ovan). Den är sann endast om man väljer att blunda för den mångfald av mottagningar, arbets-, fritids- och boendeverksamheter som vuxit fram främst sedan slutet av 1980-talet.⁶

Även om det inte går att på ett enkelt sätt jämställa dessa verksamheter med slutenvårdsplatser, pekar de på existensen av ett omfattande, men ojämnt fördelat nätverk av öppenvårdsverksamheter.

Men räcker dessa verksamheter?

Förhållandet mellan utbud och efterfrågan har alltid varit problematiskt. Utbudet inom hälso- och sjukvården räcker aldrig riktigt till. Även på den tid då den svenska psykiatrin förfogade över 36 000 sängplatser ansågs de inte räcka till. Nya behövde byggas.

Alternativen till den slutna psykiatriska vården har byggts upp under en längre period. I samband med psykiatrireformen satsade staten så kallade stimulansmedel under en treårsperiod. Med dessa medel skapades en hel del verksamheter riktade till de psykiskt funktionshindrades sociala liv (boende, fritid, arbete). Andra liknande verksamheter överfördes från landsting till kommun. Ytterligare en del verksamheter skapades av kommunerna inom ramen för deras ordinarie budget.

Psykiatrireformen ledde alltså till en fortsatt utbyggnad av alternativen till slutenvården. Men när stimulansmedlen tog slut och de offentliga finanserna fortsatte att vara hårt ansträngda kan det på många håll ha inneburit en vändpunkt när det gäller att utveckla verksamheter för denna grupp⁷. Anders Milton, den statliga psykiatrisamordnaren som tillsattes efter mordet på Anna Lindh, lyckades få fram ytterligare några 100 miljoner (mycket färre än vad han själv uppgav vara nödvändigt) som en ny stimulans till kommun och landsting att samarbeta och utveckla nya verksamheter, men vad händer när dessa pengar tar slut, någon gång 2007?

Risken finns att dessa sociala verksamheter, som spelar en avgörande roll för många psykiskt störda människor och vars existens ofta osynliggjorts eller bagatelliserats,

börjar läggas ner. En nedläggning som blir desto lättare att genomföra eftersom de osynliggjorts.

Hemlöshet – en psykiatrisk fråga?

En speciell grupp har uppmärksammats i massmedierna: de hemlösa. I stort betraktas hemlösheten som ett storstadsproblem, även om en del av de hemlösa i storstäderna kommer från landsbygden.

I Stockholms stad har antalet hemlösa varit tämligen konstant under 1990-talet enligt återkommande mätningar. Antalet rapporterade hemlösa har uppgått till cirka 3 000 enligt dessa kartläggningar.⁸ Vad som däremot har förändrats under 90-talet är att andelen hemlösa med psykiska störningar ökade avsevärt: från strax under 20 procent år 1993 till strax över 40 procent år 1998.⁹

Hur stor andel av de hemlösa människorna i Stockholm som blivit hemlösa i samband med att de har skrivits ut från den slutna psykiatriska vården, förblir dock oklart.

Jan Halldin konstaterar i en genomgång av den aktuella forskningen att:

Det går idag inte att avgöra betydelsen av avinstitutionaliseringen för utvecklingen av hemlösheten varken med tanke på resultat av forskning från USA eller Danmark eller från aktuella kartläggningar av hemlösa i Sverige.¹⁰

Den debatt som flammar upp kring hemlösheten och dess relation till nedläggningen av mentalsjukhusen har ett antal problem. Märkligt nog är det sällan som hemlösheten kopplas till den nya bostadssubventionen-

ringspolitik som drevs fram av den svenska regeringen i samband med »bankkrisen« i början på 1990-talet. Plötsligt avskaffades bostadssubventionerna och byggbranschen hamnade i en svår kris. Inga bostäder byggdes. Kort därefter privatiserade den borgerliga majoriteten i Stockholms stad en betydande del av allmännyttans bostadsbestånd. Bristen på bostäder i storstäder har mycket lite att göra med utvecklingen inom psykiatrin. Även människor utan psykiska problem blir hemlösa. Att människor som saknar bostad mår psykiskt dåligt borde inte vara någon större överraskning. I detta perspektiv är det till och med märkligt att så få som 40 procent av dem skulle ha psykiska problem. Dock är knappast psykiatrisk behandling den främsta åtgärden mot hemlösheten och dess fruktansvärda följder för de som drabbas av den. För att även om psykiatrin skulle lyckas »bota« de hemlösa som har psykiska problem, så skulle inte dessa ha någonstans att bo.

Den tilltagande uteslutningen av vissa grupper ur samhällsgemenskapen och de psykiska härjningar som denna uteslutning medför, utgör inte någon uppgift för den psykiatriska vården. Intagning i slutna psykiatrisk vård, samtalsterapi och medicinerung är inga alternativ till bostads-, arbetsmarknads- och socialpolitik.

Störande människor på gatorna

Ytterligare en aspekt av övergivenhetsdebatten, som vi måste reflektera över, är att avhospitaliseringen självklart har lett till att människor, som tidigare hölls inspärade idag går på våra gator. Människor med

underliga beteenden. Människor som hör röster och talar till dem.

Dessa människor föder lätt tanken hos mannen och kvinnan på gatan, att de skulle vara övergivna och att de egentligen borde »tas in någonstans« för deras eget och kanske för andras bästa.

Men det finns inget samband mellan att människor med underliga beteenden syns på gatorna och att de skulle vara övergivna. Och det finns heller inget belägg för att ett omhändertagande i slutna psykiatrisk vård skulle vara till någon som helst hjälp för en majoritet bland dem.

Minskningen av den slutna psykiatriska vården har en av sina utgångspunkter i att man upptäckte att vistelsen i slutna psykiatrisk vård kunde skapa de symptom som den var avsedd att bota¹¹. Men också att det finns många andra sätt att hjälpa människor med svåra psykiska problem än att »lägga in dem« på en psykiatrisk avdelning. Mental-sjukhusen var sällan de goda asylerna som de på senare tid framstälts som, och få av dem som vistades inom deras murar längtar tillbaka dit¹².

Minskningen av den slutna psykiatriska vården handlar om normalisering. Inriktningen har också vara tydlig på att normalisera dessa människors levnadsomständigheter och inte att normalisera dem som personer. En viktig, men sällan diskuterad fråga är om det ensidigt skall vara »de« som skall normaliseras eller om normen skall normaliseras till att även omfatta andra sätt att framleva sitt liv. Detta är ingen vetenskaplig fråga, utan en offentlig fråga för alla att tycka om och diskutera.

4. *De utskrivna dör*

Ett flertal rapporter har visat på en hög dödlighet bland människor som har varit i kontakt med den psykiatriska vården¹³.

Att människor med svåra psykiska störningar statistiskt dör tidigare än normalbefolkningen, är tragiskt men ingen ny företeelse och har inget samband med minskningen av den slutna psykiatriska vårdens omfattning i Sverige.

Att lida av svåra psykiska störningar innebär i sig påfrestningar som leder till att människor överväger självmord som ett alternativ. Det gensvar som de har fått från den psykiatriska vården och omvärlden i stort har inte alltid bidragit till att lätta på denna börda. Tvärtom har det till och med kunnat medverka till den redan existerande smärtan. Psykiska problem har framställts som kroniska sjukdomar utan hopp om bättring. De har länge likställts med livslång inspärning och utdelning av höga medicindoser vilka kan medföra Parkinsonssymtom och diabetes bland andra biverkningar. Många dör i hjärt- och kärlsjukdomar; ett öde som de delar med andra socialt och ekonomiskt utsatta grupper som inte varit i kontakt med psykiatri.

Att den höga dödligheten bland människor med psykiska problem skulle ha ökat i samband med minskningen av den slutna vårdens omfattning är däremot osäkert. En studie, som omfattar 40 000 patienter som följts upp under 10 år, visar att dödligheten bland patienter med en psykosproblematik minskat och minskat något fortare än hos normalbefolkningen. Under 1990-talet hade livsförväntningarna ökat i

denna grupp och ökat mer än i normalbefolkningen¹⁴.

En annan undersökning, som under en tio års period följde ett representativt urval patienter som skrevs ut från den slutna vården inom Stockholms läns landsting 1986, visade att det var en speciell grupp psykiskt störda personer som stod för en hög andel av de registrerade självmorden i gruppen: missbrukarna med psykiska störningar. Denna grupp utmärkte sig även negativt på en rad andra variabler (brottslighet, brist på insatser från socialförsäkringssystemet).¹⁵

5. *De utskrivna är farliga och har ofta hamnat i fängelse*

Svåra psykiska störningar har alltmer kommit att åter förknippas med farlighet och våld.

Men alla som begår svåra våldsbrott och betar sig hotfullt är inte psykiskt störda. Inte ens en majoritet av dem är det. Knappt en liten minoritet, om sanningen skall fram. Dessutom är ingen människa alltid farlig. Och inte farlig för alla.

Under ett år dömdes 410 personer med psykosdiagnos och 5 500 personer utan erfarenhet av psykiatrisk vård för våldsbrott.¹⁶

De flesta farliga människor är alltså inte psykiskt störda.

Människor som är farliga för andra människor, människor som våldför sig på andra människor är oftast »vanliga« människor.

Hur vanligt är det då att psykiskt störda begår brott?

Det beror först och främst på vilka som definieras som psykiskt störda: den dryga

miljonen svenskar som anses lida av lätta psykiska störningar eller exempelvis de som vårdats på slutna anstalter?

En 10-årsuppföljning (1986-1996) av kriminaliteten bland människor som vårdats i slutna psykiatrisk vård i Stockholm visar att en större andel människor i den gruppen hade dömts för brott jämfört med normalbefolkningen.

Men den brottslighet som det i huvudsak handlar om är så kallad »utslagningskriminalitet« och »småbrottslighet«, det vill säga trafikbrott, man kör berusad eller utan körkort och stölder, man tar kläder eller mat i en affär¹⁷.

Brott mot liv och hälsa hade drygt 3 av 100 bland de som skrivits ut från den slutna psykiatriska vården, dömts för. De flesta som dömdes för den typen av brott hade antingen enbart missbruksproblem eller missbruksproblem kopplade till psykiska störningar.

6. En gång schizofren – alltid schizofren

Svårt psykiskt störda människor är stackare som förlorat sitt förnuft, utan hopp om bättring. De vet inte vad som är bäst för dem och därför måste vi andra veta det åt dem. Schizofreni är en sjukdom, som diabetes, som kräver en livslång medicinering och ett liv i stillsamhet. En sådan märklig bild av människor med psykiska problem är inte ovanlig.

Schizofrenin framställs ofta som ett totalt raserande av individen. I en skrift utgiven av Svenska psykiatriska föreningen beskrivs dess symptom som: »(...) vanföre-

ställningar, tankeförloppsstörningar, självförsjunkhet, känslomässiga störningar, förnimmelstörningar (hallucinationer) och kognitiva störningar, det vill säga störningar i förmågan att ta emot, bearbeta och ge information.«¹⁸

Att människor med diagnos schizofreni (och med andra psykiatriska diagnoser) är mycket mer än sin diagnos, mycket annat än en lång lista brister, skrivs dock inget om. De reduceras i sina och våra ögon till sina problem. Psykiska problem görs till »jag-är« sjukdomar och inte till »jag-har« problem. De blir individen och individen blir lika med dem. För alltid.

Sannolikheten att återhämta sig från ett sådant tillstånd har bedömts som nära nog obefintlig. På grund av sina symptom är den schizofrene omöjlig att nå via samtal och andra sociala insatser. Vi andra kan bara vänta på kommande eventuella framsteg inom den biologiska och genetiska forskningen.¹⁹

Paradoxalt nog har det under senare hälften av 1900-talet publicerats en rad undersökningar som pekar på att *mellan hälften och två tredjedelar av de patienter som diagnostiserats att ha schizofreni återhämtat sig helt* (inga symptom, ingen behandling och ett normalt socialt liv) eller socialt (det vill säga att de uppvisar fortfarande vissa symptom, men kan leva ett tillfredsställande liv utanför de psykiatriska institutionerna).²⁰

Människor har återhämtat sig:

- i olika kulturer. Dock är den vanligare i u-länder jämfört med i-länder.
- under olika tider (före och efter den så

kallade »psykofarmakologiska revolutionen«)

- på olika sätt (religiösa upplevelser, psykofarmaka, psykoterapi, samspel med sin sociala omgivning).

Ett stort hinder i denna återhämtningsprocess är dock de uteslutningsmekanismer som skapats av vårt samhälle och som psykiatrin ibland är en del av.

Myten om schizofrenins och andra allvarliga psykiska problems obotlighet gör att de människor som får denna, och andra psykosdiagnoser, blir främlingar för oss. Det är också en farlig myt då den bidrar att sprida en hopplöshet som är det största hotet mot det återhämtningsarbete som personen själv, hans/hennes sociala nätverk och vårdpersonal måste samverka kring.

Myt och verklighet

En amerikansk forskare skrev en gång att när människor betraktar sina föreställningar som verkliga, så blir de verkliga i sina konsekvenser.²¹ Myter kan inverka på verkligheten om tillräckligt många tror på dem. Därför kan de inte bara avfärdas.

Myter växer inte ur ingenting. Ofta bygger de på enstaka erfarenheter som generaliseras, får fotfäste i och sprids via massmedier och därmed uppnår sanningens styrka. Och med denna styrka tenderar de förenklade bilderna att strukturera vårt seende, våra sätt att tolka världen och vårt handlande.

Människor som begår bestialiska brott blir automatiskt uppfattade som psykiskt

sjuka. Hemlösa som utskrivna från de nedlagda mentalsjukhusen. Svårt psykiskt lidande människor som kroniskt sjuka.

Vi drar slutsatser från enstaka iakttagelse eller en skev erfarenhetsvärld till att vara allmängiltiga.

Personal inom psykiatrin tenderar att uppfatta patienter som obotliga, då de endast har kontakt med dem som det inte går bra för. Anhörigrörelsen tenderar att bestå av dem som förblir anhöriga till människor med ett psykiskt lidande. Upphör detta lidande så upphör man att vara anhörig.

Kan vi acceptera att våra egna erfarenheter utgör en bräcklig bas för generella slutsatser? Att de måste sättas in i ett sammanhang?

Tekniska svar på mänskliga frågor?

Har allt blivit bättre? Knappast, men mycket. För 25–30 år sedan vistades tusentals människor inspärrade utan dom, utan någon tidsgräns på slutna institutioner. De kunde inte överklaga sin inspärning. Skrevs de ut fanns knappast något stöd för dem att få för att återintegreras. Psykiska problem var skambelagda och det bidrog till en stigmatiseringsprocess där anhöriga och vänner påverkades att ta avstånd från den drabbade. Inne på institutionerna vårdades män och kvinnor för sig. De flesta sov i flerbäddsrum och hade inga möjligheter till vare sig intimitet eller integritet. Dagarna reglerades av ett centralt beslutat schema, lika för alla. Kontakterna med omvärlden bestämdes av personalen. Behandlingarna skedde oberoende av patienternas vilja.

Många skadades för livet. Så mycket har blivit bättre, men inte allt.

En central fråga som sällan ställs är hur det kommer sig att 10 000-tals människors lidande ses som individuella problem idag? 33 procent av långtidssjukskrivningarna bland kvinnor beror på psykiska problem. Oro, ångslan, ångest, utbrändhet och depressioner drabbar alltför i befolkningen. Trots det verkar det självklart att problemen är individuella och därmed skall få individuella, tekniska, terapeutiska lösningar. Hur kommer det sig att det så sällan talas om den växande psykiska ohälsan som en utmaning mot den bild av normaliteten som håller på att utvecklas i globaliseringens fotsår? En normalitet som utesluter folkflertalet. Hur kommer det sig att tusentals människors psykiska problem diskuteras som psykiatriska och inte socialpolitiska problem?

En annan aspekt av det medicinsk-tekniska paradigmets dominans är pengarna. Inte pengarna till vården (de behövs, men tas inte upp här), utan till brukarna. Allvarliga psykiska problem drabbar ofta människor tidigt i livet. De har inte hunnit ut i arbetslivet och tvingas därmed att leva under miserabla omständigheter (socialbidragsnormen) i årtal, och ibland hela sitt liv.

Psykiatriutredningen visade att även jämfört med andra grupper förtidspensionerade var personer med psykiska problem de som hade det svårast. Och så har det förblivit. Varken regeringen eller dess psykiatrisamordnare har rört i denna fråga. Misären och uteslutningen ur samhället fortsätter. Trots att vi känner till ekono-

mins betydelse för hur en människa mår psykiskt.

Det verkar som att mediciner, utredningar och en del behandlingsinsatser – det kan man satsa på. Men när det gäller de basala levnadsomständigheterna, skall man låtsas som att de inte spelar någon roll, trots att man vet att pengar kan vara ytterst terapeutiska.

Nedläggningen av de slutna psykiatriska institutionerna i Sverige är kantad av tragedier. Men också av solskenshistorier. Människor som har fått möjlighet till ett värdigt liv. Människor som ansågs vara kroniker och i behov av livslång vistelse på slutna anstalter och som idag klarar sig ute i samhället. Våra analyser av det som skett och av det som återstår att göra måste ta vara på båda och gå bortom dem. Klarar vi inte det så kommer enfalden att prägla vårt seende, vår förståelse och våra svar.

- 1 Se Topor A, *Återhämtning från svåra psykiska störningar*, Natur och Kultur 2001 (en populärvetenskaplig framställning av Topors doktorsavhandling); Topor A, *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*, Natur och Kultur 2004.
- 2 Rotelli F, De Leonardis O & Mauri D, »Avinstitutionaliseringen – en annorlunda väg – Den italienska mentalvårdsreformen«. *Kritisk Psykologi*, nr 4, 1987.
- 3 Scull A T *Decarceration. Community treatment and the deviant – a radical view*. Worcester 1984.
- 4 Stefansson C-G, »Lång väg kvar innan psykiatriplanens intentioner om nya vårdformer för schizofrena förverkligas«. *Läkartidningen*, Vol 88, nr 25, s.2304-2306.
- 5 Topor A & Karebo Larsén I, *Vart tog den slutna vården vägen?* Stockholm: VSPS, FoU-enheten/psykiatri, Rapport 10:2000; Topor A, »Den psykiatriska slutenvården – nedlagd

- eller förflyttad?» *Läkartidningen*, Vol 97, nr 51/52, s.6095-6099.
- 6 Socialstyrelsen *Den sociala vardagen – En studie av 115 verksamheter för personer med psykiska funktionshinder*. Socialstyrelsen: Psykiatriuppföljningen 1998:4; Topor A, »De osynliga alternativen«, *Psykologtidningen*, nr 10/98.
 - 7 Se exempelvis Karebo Larsén I, *I skuggan av psykiatrireformen? – 10 verksamheter för daglig sysselsättning och arbetsrehabilitering*, FoU-enheten/psykiatri. VSPS, Rapport 2:2000.
 - 8 Ågren G, Berglund E, & Franér P, *Hemlösa i Stockholm*. FoU-rapport 1994:18. FoU-enheten, Socialtjänsten i Stockholm; Ågren G, Berglund E, Finne E & Franér P, *Hemlösa i Stockholm 1996*. FoU-rapport 1997:9. FoU-enheten, Resursförvaltningen för skola och socialtjänst, Stockholm.
 - 9 Ågren m fl (1994) (1997), Finne E, *Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 1998*. FoU-rapport 2000:5. Socialtjänstförvaltningen, Stockholm 2000.
 - 10 Halldin J, »Avinstitutionaliseringens betydelse för hemlösheten«, i Runqvist W & Swärd H (red), *Hemlöshet – en antologi om olika perspektiv & förklaringsmodeller*, Carlsons 2000, s.143.
 - 11 Wing J K & Brown G W, *Institutionalism and schizophrenia – A comparative study of three mental hospitals 1960-1968*, Cambridge 1970; Goffman E, *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltlivets villkor*, (eng original 1961), sv övers Rabén & Sjögren 1973.
 - 12 Forsberg E & Starrin B, »The Millhill – A study of discharged patients' experiences of care at a therapeutic community in Sweden«, *Scand J Soc Welfare*, 1996 vol 5, no 1, s.2-11.
 - 13 Belfrage H, »Criminality and mortality among a cohort of former mental patients in Sweden«, *Nord J Psychiatry* 1994:48, s.343-347; Belfrage H, »Sundby-rapporten» – *En undersökning av kriminalitet och dödlighet hos före detta mentalpatienter*, Karolinska institutet, sektionen för social- och rättspsykiatri, Rapport 1995:1; Belfrage H, *Kriminalitet, sjuklighet och dödlighet hos mentalsjukhuspatienter*, Socialstyrelsen: Psykiatriuppföljningen 1996:1.
 - 14 Borgå P, Tal vid Nordkalottkonferensen, Falun 2000.
 - 15 Topor A & Gylling M, *Avhospitaliseringens följder. En 10 årsuppföljning 1986-1996*. Stockholm: VSSO, FoU-enheten/psykiatri, Rapport 6:1999.
 - 16 Nilsson A, Personlig kommunikation 2000.
 - 17 Topor & Gylling, *Avhospitaliseringens följder*, se ovan.
 - 18 Svenska psykiatriska föreningen & SPRI, *Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*, SPRI-förlag 1996.
 - 19 Kraepelin E, *Dementia praecox and paraphrenia* (från 8:e tyska uppl 1919), New York 1971; Bleuler E, *Dementia praecox or the group of schizophrenia*, New York 1950; American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth Edition)*, Washington 1994; Davidson L & Stayner D, »Loss, loneliness and the desire for love: Perspectives on the social lives of people with schizophrenia«, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol 20, nr 3, s.3-12.
 - 20 WHO, *Schizophrenia – an international follow-up study*, Chichester 1979. Se en genomgång av forskningen i Harding C, »Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies«, *Schizophrenia Bulletin*, 1988 vol 14, no 4, s.633-643; Harding C, Zubin J & Strauss J S, »Chronicity in schizophrenia revisited«, *British Journal of Psychiatry*, 1992:161 (suppl.18), s.27-37; Topor, *Återhämtning från svåra psykiska störningar*, se ovan; Topor, *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*, se ovan.
 - 21 Tripiet P »Une sociologie pragmatique«, förord till Thomas W I & Znaniecki F, *Le paysan polonais en Europe et en Amérique – Récit de vie d'un migrant*, Paris 1998.

Nyfascismen tar över svensk vård

Ekonomerna styr – då blir det mindre plats för etiken

Olle Svenning

Vad betyder marknadsreformerna för rätten till sjukvård? För människosynen inom vården? För samhällets utveckling? Kring dessa frågor reflekterar journalisten och författaren Olle Svenning i följande ledarkrönika från Aftonbladet 27 november 2005.

Vinterns första snö faller när jag skriver kontrakt med akuten på Södersjukhuset. Mot några hundralappar och ett par timmars väntetid blir jag botad. Som 40-talist har jag goda skäl att undra hur länge denna enastående välfärd kommer att vara tillgänglig. Köttberg, kallades vi av Pär Nuder. Makarna Myrdal formulerade den idén redan på 30-talet. Folk betalar gärna för sina barn »men icke för gamla«, skrev de. »Naturligtvis är de humana impulserna tillräckligt starka för att de gamla ska bli försörjda. Men det kommer att ske med en stigande känsla av olust över landet.«

Citatet hittar jag i ett nummer av *Sociologisk forskning*, ägnat åt åldrandet. Min återstående livslängd bör vara 15-20 år. Lyckligtvis finns inga beräkningar över antalet år av sjukdom. Däremot har den

medicinska och sociala teknokratin utrett vad åren av skröplighet får lov att kosta. Allt ryms inom det lilla ordet »qaly«. Översatt till svenska ska det läsas ut som »kvalitetsjusterade levnadsår.« Ett qaly är detsamma som ett år med fullvärdig hälsa; o qaly är detsamma som döden.

Ett friskt år kostar 900 000 kr

Vårdapparaten och läkemedelsindustrin vill gärna att vi graderar vår hälsa eller dagsform: 0,5 eller 0,8? Försökspersoner får svara på frågor om rörelseförmåga, sömnavanor, smärttillstånd och mycket annat. Ur detta ritas en folkhälsoprofil upp.

Hälsoekonomerna tar sats och beräknar: Hur mycket kostar det att höja en 0,5-människa till en 1,0?

Läkemedelsbranschen prövar break-even-punkten för ett nytt läkemedel. Den gemensamma slutsatsen är att ett helt friskt år kostar cirka 900 000. Så mycket är samhället berett att betala för vård och läkemedel för en individ. Den som drar högre kostnader är helt enkelt inte lönsam för samhället.

Vissa sjukdomar är särskilt lönsamma att bota. Höftledsoperationer har hög avkastning. Ett nytt läkemedel mot reumatism ger också goda ekonomiska vinster. Ätträning efter stroke kallas i en studie för »kostnadseffektiv«.

Centrum för medicinsk teknik har räknat på trade-off-effekterna vid vården av cp-sjuka Robert.

Betyg: Lönsam. »Insatserna för Robert är väl motiverade ur kostnads- och nyttyssynpunkt.«

Profittkvoten är sorgligt dystert för den vanligaste formen av manlig cancer. Ingenstans i de medicinska och sociala rapporterna upptäcker jag bokslut över vården av psykiskt sjuka.

Filosofen Thomas Davidsson drar i en vetenskaplig rapport den självklara slutsatsen: Qaly-ideologin bygger på nyttomoral. Sjukvårdens resurser är begränsade och måste styras dit de gör störst nytta. Andra fundamentala värden som respekt för varje individs lika värde och läkaretiken får inte plats i en kostnadsanalys.

Löftet: öppna prioriteringar

Inför åldrandet och den förestående skröpligheten vill de flesta av oss veta om vi kan vänta oss behandling och om vi ryms i den

kostnadskalkyl som hälso-ekonomer och qaly-systemet ställer upp. En som borde kunna ge svar är Nina Rehnqvist, som varit sakkunnig i något som kallas Prioriteringsdelegationen och nu är direktör för Statens beredning för medicinsk utvärdering. I en krönika för Socialstyrelsen lovar hon att vårdapparaten prioriteringar ska ske öppet. Alltså: vi ska få reda på om vi är lönsamma att vårda. Eller om medpatienten på akuten ger bättre avkastning. Rehnqvist går rakt på sak: Vi måste väga kostnader mot förväntad nytta.

Hon är en aning bekymrad över att dessa ekonomiska domar över sjuka kan hamna i strid med de senaste årens ambition att stärka patientens ställning. Kanske, vill jag tillägga, också mot regeringens och riksdagens uttalade mål att människovärde och behovs- samt solidaritetsprinciper ska gälla inom sjukvården.

Kapitalistisk vinstmaximering

När nyttomoralen och den kapitalistiska vinstmaximeringen upprättas som normer för sjukvården kan vissa slutsatser lätt dras. En bypass-operation på en 40-årig man i maktposition kommer att betraktas som oändligt mycket mer lönsam och därmed angelägen än omvårdnad av ett antal sönderslitna missbrukare.

Medborgaren måste söka maximera sin sociala och ekonomiska status under de friska åren för att senare vara garanterad vård. Andra faller för qaly-strecket.

Hierarkin, eller ska vi säga nyfascismens ideologi, har snart erövat vårdsystemet.

Nya tider, nya idéer?

Aleksander Perski

Samhällsutvecklingen med de ständigt ökade produktivetskraven skapar nedbrytande stress. Och vi kan inte vänta oss att marknaden ska lösa problemet åt oss. Aleksander Perski, som är psykolog, docent och chef för Stressmottagningen, en forskningsklinik vid Institutet för psykosocial medicin och Karolinska institutet, reflekterar i den här artikeln utifrån den verklighet han möter i vardagen. Han hävdar att det fordras samhällslösningar, och pekar på några förslag i riktning mot ett samhälle där varje människa skulle kunna leva ett balanserat liv. Artikeln är ett utdrag från Perskis bok *Ur balans*.¹

Vi slutar där vi började – på det individuella planet är stresskyddet inte så komplicerat. Men hur ska vi kunna återskapa de livsvillkor som är mest gynnsamma för oss?

Ett liv i harmoni med dygnets och årstidernas rytm, ett liv där behovet av balans mellan aktivitet och återhämtning beaktas, ett liv som skänker tillit och ger oss stöd och makt över vårt öde – detta kräver enligt min mening ett samhälle vars målsättning är människans väl snarare än tingens. Och just nu tycks vi vara i full färd med att bygga ett samhälle där människan inte står i centrum.

Det är dagen före sommaruppehållet och jag har träffat tre patienter som är klara med vårt behandlingsprogram. Den första är en 47-årig ingenjör som hade arbetat oerhört hårt på ett kunskapsutvecklingsföretag och blivit totalt slutkörd. Han hade lyckats resa

sig ur sin djupa depression, gjort sig kvitt självmordstankarna och återfått krafterna och livslusten. Efter en månads arbetsträning, som han inledde med att föreläsa för sina kolleger om utbrändhetens faror, blev han kallad till personalchefen och varslad om uppsägning – utan förvarning, med förklaringen att han blivit övertalig. Föregående dag hade alla anställda fått beskedet att det gick bra för företaget och att prognosen inför nästa budgetår var god.

Det hade nu gått en vecka sedan han fick beskedet och han var tillbaka i en djup svacka – kunde inte sova, orkade ingenting, kunde inte sluta tänka på sin situation och den djupa nedstämdheten började smyga sig över honom igen. Han sa: »Nu har jag förbrukats och ska kastas på soptippen – jag duger inte för dem längre.» När jag hörde detta påminde jag om Dickens beskriv-

ningar av den härjande råkapitalismen i England vid 1800-talets mitt. Men här och nu? I ett av världens rikaste länder?

Den andra patienten, en kvinna, hade också fått krafterna tillbaka både fysiskt och intellektuellt, och prövat på att återgå till sin reklambyrå. Men när hon kom dit fick hon en chock av annat slag. Efter sin kollaps och kampen för att bli frisk igen klev hon nu in i en värld som kändes helt främmande för henne. Hon tyckte att folk var jätteupptagna av sitt utseende och sin position, och talade mest om prylar och pengar. Ingen talade om sina känslor, tankar och drömmar. Ingen talade om varför de körde på så intensivt, vad alltsammans egentligen syftade till. Hon upptäckte att hon egentligen inte tillhörde denna värld, inte längre delade dess värderingar och inte hade någon lust att spilla sitt liv på ännu en reklamkampanj.

Den tredje patienten, en ung kvinna på 28 år – även hon hade återgått till ett friskt liv – var glad och pigg, sov gott och slapp värken om hon bara såg till att ta det lugnt. Hennes intellektuella förmågor var dock inte helt återställda. Hon klarade inte komplicerade uppgifter, glömde ofta saker och ting, och blev lätt stirrig om det hände för mycket omkring henne. Även denna patient arbetstränade på sin gamla arbetsplats. Hon togs emot med entusiasm, men en smula oorganiserat. Ingen hade riktigt tid med att sätta sig ner med henne och förklara vad som var i görningen, vilka arbetsuppgifter hon kunde få, vad som eventuellt kunde passa henne. Cheferna var ständigt på resande fot, kollegernas arbetstempo tycktes överskrida det hon hade haft före

kollapsen. Hon försökte själv hitta något att göra, men det gick trögt och hon blev bara stirrig och konfunderad. Allt detta trots att vi på Stressmottagningen hade haft en långdragen förhandling om villkoren för hennes återgång till arbetet. Verkligheten motsvarade uppenbarligen inte den bild som hennes chefer målat upp. Nu ser det ut som att hon inte kommer att kunna klara det på egen hand utan kommer att slås ut och bli sjukskriven igen.

Hur ska de här människorna hitta en bra plats för sig själva och inte åter hamna i långvarig sjukskrivning eller arbetslöshet?

Som terapeut och människa blir jag alltmer frustrerad – våra politiker tycks ha upfunnit ett permanent och besvärsfritt sätt att avlägsna dem som inte duger från den uppskruvade arbetsmarknaden. I stället för att hamna i arbetslöshet eller bli föremål för så kallade »åtgärder« kan man bli långtidssjukskriven, förtids- eller sjukpensionerad. Man ska alltså bort för gott, kanske för att inte störa det koncentrerade och ofta euforiska arbetet att driva marknaden i allt högre hastighet.

Ur den synvinkeln har den svenska regeringens kampanj för att minska arbetslösheten varit en stor framgång. Den öppna arbetslösheten har gått ner från 11 till 4 procent på några år, men antalet permanent utestängda personer via förtids- och sjukpensionering samt antalet långvarigt sjukskrivna har under samma period ökat dramatiskt och stiger alltjämt. Samma trend kan ses i Norge medan den främsta lösningen i andra europeiska länder för dem som inte passar in är arbetslöshet eller låglönearbeten.

Den pågående samhällsutvecklingen i många europeiska länder, där de dominerande kraven är produktivitet, flexibilitet och ständigt stegrat arbetstempo, ger bara plats för de maniska och supereffektiva. Det gäller även tjänstesektorn, som genom privatiseringar och vinstkrav härmar industriproduktionen. Teknikutvecklingen eliminerar dessutom de enkla arbetena. Nyligen såg jag en chokladfabrik som påminde om en enorm mänbas, med rader av rödlackerade industrirobotar. Den väldiga produktionshallen sköttes av 14 personer per skift. Bara för några år sedan arbetade 500 personer där. Var finns de nu?

Vad vi ser är en växande skara människor som inte får plats i det pågående samhällsbygget. Med det utvecklade socialförsäkringssystem vi har i Sverige kan vi konstatera att det för närvarande tycks vara en fjärdedel av befolkningen i arbetsför ålder som hamnar utanför. En fjärdedel av den vuxna befolkningen, närmare en miljon människor – och detta oräknat deras familjer som också påverkas. Hur ska dessa människor få någon vettig plats i samhället? Hur ska de kunna känna sitt eget värde och uppleva gemenskap med andra, få ett meningsfullt liv? Och hur ska de andra, som fortfarande räknas, kunna få chansen att leva ett balanserat liv och inte slita ut sig eller fastna i en situation som bryter ner dem i det långa loppet?

Det är naivt att tro att marknaden ska lösa problemet åt oss – ökad efterfrågan på varor leder inte längre automatiskt till nyanställning av personer som slagits ut från arbetsmarknaden. Alla försök att lägga in mänskliga värden i marknadseko-

nomiska termer, så att de multinationella företagen blir hyggligare mot sina anställda och oss konsumenter har hittills fallit på hälleberget.

Det är nog vi själva som medborgare som måste hitta ett människovärdigt och klokt sätt att komma vidare i det föränderliga samhället. Och möjligheterna är många.

För personer som min patient, den snart arbetslöse ingenjören, behövs ett system med lönebidrag, som företagen skulle kunna tilldelas för personer som riskerar att slås ut från arbetsmarknaden. Min mamma, som kom till Sverige som flykting i den ålder jag är nu, fick snabbt ett statligt betalt så kallat arkivarbete vid universitetet. Därmed lärde hon sig snabbt språket och arbetsrutinerna och blev efter några år tillsvidareanställd. Hon fick 20 år till av produktivt liv, en massa vänner och en känsla av mening och sammanhang som säkert bidragit till att hon fortfarande är vid god hälsa. Vilken klok investering av resurser man gjorde på den tiden. Jag vågar inte tänka på hur det hade kunnat bli för henne, om vi kommit som flyktingar till dagens Sverige.

Systemet med lönebidrag till företagen skulle kunna ha den fördelen att i viss mån avlasta och ge en smula andrum åt alla dessa superstressade hjältar som driver marknadsekonomin, och på så vis gynna deras hälsa och välmående. Det skulle jag kalla ett verkligt stresspreventivt arbete på företagen.

För människor som har kommit till slutsatsen att fixeringen vid konsumism är slöseri med tid i en värld full av viktigare frågor borde vi medvetet stimulera och satsa konkreta resurser på andra värden som vi

som människor måste slå vakt om: att ta väl hand om våra barn och gamla, solidariteten med andra, också i tredje världen, utbildning, konst, vetenskap, andlig utveckling, ekologi. Dessa angelägenheter borde vara så pass väl finansierade att det skulle vara attraktivt att ägna sig åt dem. Just nu är landstingen och kommunerna usla arbetsgivare, sett till de psykosociala arbetsvillkoren och produktionen av stressrelaterad ohälsa. Denna sektor borde inte bara vara attraktiv (goda lönevillkor, möjligheter att arbeta deltid, kooperativa ägandeformer) men också så pass stor så att alla som vill kan delta i sådant arbete. Vi skulle medvetet kunna börja bygga motbilder från dessa områden som kan hävda sig mot föreställningen att den största mänskliga lyckan består i att äga halva jorden eller vara en superrik konsument. I nuläget har många kapitulert inför sådana krassa mediebilder och politikerna vill gärna efterlikna affärsfolket i allt, istället för att visa på andra, alternativa vägar. För övrigt räknar man med en stor brist på folk som arbetar med de mänskliga värdena under kommande decennium. Utan en helhjärtad satsning kommer inte folk att vilja ägna sig åt sådant arbete.

Många människor som på grund av sviktande hälsa eller andra begränsningar är hänvisade till ett liv i samhällets periferi, skulle kunna ägna sig åt aktiviteter utan vinstkrav om sådana var sanktionerade av samhället.

Min vän Kristoffer Konarski förde fram tanken om en tredje sektor som alternativ till den privata och den offentliga. I denna sektor skulle man kunna delta för sin och

andras hälsa, snarare än att delta i en vinstbaserad produktion av varor och tjänster. Här skulle finnas plats för alla dessa olönsamma aktiviteter som gammalt hantverk, fritidsaktiviteter för barn, här skulle man kunna ha mötesplatser för olika intressegrupper, bedriva ekologiskt arbete, ta hand om egna små barn eller äldre släktingar. Personer engagerade i sådana aktiviteter skulle kunna få en spännande sysselsättning och gemenskap, och känna att de gjorde något vettigt. Och just det att göra något vettigt, att utnyttja eller utveckla sina kunskaper och färdigheter, är sannerligen ett mer grundläggande behov hos oss människor än lönearbetet i sig.

Den verksamheten skulle mycket väl kunna finansieras med en medborgarlön – samma pengar som idag utbetalas via socialförsäkringssystemet i form av sjuk- eller arbetslöshetsersättning. Dessa medel skulle kunna bidra till att producera hälsa åt utövarna och nytta åt andra, istället för att som nu producera ännu mer ohälsa genom kraven på passivitet (det är olagligt att göra något produktivt när man får sitt uppehälle av socialförsäkringssystemet).

Tyvärr har dessa tankar inte väckt något större intresse tidigare, då vita activa har dominerat som samhällsideal. Vi borde vara lite mognare nu, och kunna skilja förmågan att tjäna pengar från att vara berättigad till en summa pengar som räcker till att leva på. Vi måste medvetet satsa på alternativ eller komplement till den rådande samhällsmodellen, i vilken marknadsekonomin enligt min mening har fått en alltför central roll på sistone.

«Det är inte första gången i historien som

vi står vid en skiljeväg. Skiljevägar kräver beslut om vart man ska gå, men det första, avgörande och inte alls självklara beslutet måste handla om att erkänna skiljevägen som skiljeväg – att acceptera att mer än en väg leder härifrån och in i framtiden....» Säger den kloke polsk-engelske sociologen Zygmunt Bauman i slutet av boken *Arbete, konsumtion och den nya fattigdomen*.²

Ur den frustration som jag upplever tillsammans med mina terapeuter och patienter har jag skisserat några möjliga lösningar på frågan om hur vi ska hitta en plats för alla i ett samhälle där varje människa ska kunna leva ett balanserat och meningsfullt liv. Om jag, som inte alls är någon specialist på dessa frågor, kan komma med några förslag – hur många alternativ måste det då inte finnas?

Det är dags att sätta igång debatten. Om vi inte försöker förstå vad som händer med oss, inte ifrågasätter den samhällsutveckling som vi just nu bevittnar och inte har några nya lösningar, då kommer vi inte långt med individuella skyddsåtgärder.

Som en av mina patienter sammanfattade saken: »Stress är ingen sjukdom – den är ett resultat av hur vi lever, arbetar och tänker. Vill vi bli av med stressen, måste vi ändra vårt sätt att leva och vara.«

¹ Aleksander Perski, *Ur balans*, Bonnier Fakta 2005, s. 180-188.

² Zygmunt Bauman, *Arbete, konsumtion och den nya fattigdomen*, Daidalos 1998.

Tidsignals internationella redaktionskommitté

Gilbert Achcar, undervisar i statskunskap och internationella relationer vid universitetet i Paris- VIII, skriver i *Le Monde Diplomatique* fr a om Mellanöstern, skrivit flera böcker om samtidspolitik. På svenska finns *Barbariernas kamp – 11 september och den nya världsoordningen* (2003).

Daniel Bensaid, undervisar i filosofi vid universitetet i Paris-VIII, medlem från grundandet av Ligue Communiste Révolutionnaire. Skrivit en rad böcker, bl a om Marx, franska revolutionen, Jeanne d'Arc, Walter Benjamin. På svenska *Maj 1968*, en generalrepetition (tillsammans med Henri Weber, 1969) och bidrag i antologin *Lenin: massmördare?* (1999).

Susan Caldwell, undervisar i psykologi vid Dawson College i Montreal, Kanada. Skriver och föreläser om kvinnofrågor och globaliseringsteman. Medarbetare och tidigare en av föreståndarna för International Institute for Research and Education, IIRE, i Amsterdam.

James Cockcroft, medarbetare vid International Institute of Research and Education, IIRE, i Amsterdam. Aktivist för mänskliga rättigheter sedan många år och författare till trettiofem böcker, bl a om Mexikos historia, Latinamerika, Salvador Allende. Skriver för *Rebelión* och *International Viewpoint*.

Peter Drucker, en av föreståndarna för International Institute for Research and Education, IIRE, i Amsterdam. Redaktionsmedlem i den holländska socialistiska tidningen *Grenzeeloos*. Redaktör för antologin *Different Rainbows* om homo- och transsexuella rörelser i tredje världen.

Penelope Duggan, historiker, skriver för International Viewpoint, samarbetar med International Institute for Research and Education, IIRE, i Amsterdam. Föreläser och har skrivit om kvinnors organisering och villkor i globaliseringen.

Dianne Feeley, redaktör för *Against the Current*, socialistisk tidskrift i USA, medlem i ledningen för *Solidarity*, bilarbetare.

Michael Löwy, född i Brasilien, bor i Frankrike sedan 1969. Undervisar vid Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales i Paris. På svenska bl a *Förtvivlan, förhoppning, försoning: tre faser i Georg Lukács' utveckling som intellektuell* (1986), *Förlossning och utopi* (1992) *Che Guevara – en revolutionär humanist* (1997). Senaste bok *Franz Kafka, Rebel and Dreamer* (2004).

Pierre Rousset, medlem från grundandet i Ligue Communiste Révolutionnaire i Frankrike, tidigare rådgivare i Europaparlamentet. Skriver om framförallt Ostasien och ekologi, ordförande i franska Attacs ekologi-arbetsgrupp. Har deltagit mycket aktivt i World Social Forums och European Social Forums.

Catherine Samary, undervisar i ekonomi vid universitetet Paris-Dauphine och vid Institut d'études européennes, IEE, skriver i Le Monde Diplomatique, fr a om Balkan och Öst-europa. Medlem i franska Attacs vetenskapliga råd och skriver artiklar på dess hemsida. Senaste bok (tillsammans med J A Dérens) *Les conflits yougoslaves de A à Z* (2000).

Enzo Traverso, född i Italien, bor i Paris sedan 1985. Undervisar i statskunskap vid universitetet i Amiens. Skrivit bl a *Understanding the Nazi Genocide: Marxism after Auschwitz* (1999) och *The Origins of the Nazi Violence* (2003). Medverkar i flera tidskrifter, bl a Historical Materialism (London), Contretemps (Paris), Espill (Valencia), Novecento (Modena).

Michel Warschawski, israelisk antikolonial aktivist. Grundare och medarbetare i ledningen för Alternative Information Center (Jerusalem/Betlehem). Skrivit bland annat *Sur la Frontière* (2002).