

Bilder av psykisk ohälsa och medikalisering i en historisk kontext

Andreas Vilhelmsson ^{a*}

^a *Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg*

^{*} *Korresponderande författare. E-post: andreas.vilhelmsson@nhv.se*

Syftet med denna artikel är att undersöka vad som menas med psykisk ohälsa och vad det innebär att psykisk ohälsa ses som ett folkhälsoproblem. Världshälsoorganisationen (WHO) beräknar att psykisk ohälsa i form av depression kommer att stå för den största sjukdomsburden i den utvecklade världen år 2020 och år 2030, och menar därför att ett folkhälsoperspektiv är ett lämpligt sätt att möta detta hot. Det finns dock en motståndarsida till dessa alarmerande rapporter kring psykisk ohälsa som menar att dessa beräkningar har sin grund i frågemetoderna själva, och anser därmed att det istället rör sig om en ökad medikalisering av sociala problem. Artikeln behandlar därför olika tolkningar av psykisk ohälsa i termer av ett historiskt perspektiv på psykiatrins framväxt och den förändrade syn som skett gälland psykisk ohälsa kopplat till medikalisering. Även folkhälsobegreppet förklaras i syfte att förstå psykisk ohälsa som ett potentiellt folkhälsoproblem. Konklusionen blir att det finns en risk att utifrån begreppsglidning att fokus flyttas från de som har svårare symtom av psykisk ohälsa för att inkludera alltfler i termer av behandling, vilket kan leda till slöseri av redan små resurser. Vi behöver därför ha tydligare och bättre utarbetade sätt att tänka kring den ökande fokuseringen kring psykisk ohälsa som ett folkhälsoproblem, och för att veta vilka förebyggande metoder som är tänkta att användas.

Nyckelord: Folkhälsa, medikalisering, psykiatri, psykisk ohälsa

Introduktion – ett växande hot av psykisk ohälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) beräknar att depression ska vara den största sjukdomsbördan i den utvecklade världen år 2020 (WHO 2001) och 2030 (WHO 2008). Vissa argumenterar för att ett erkännande av den psykiska sjukdomsbördans del av den globala sjukdomsbördan legitimerar och etablerar ett folkhälsouppdrag i syfte att reducera incidensen av psykiska sjukdomar (Moussavi *et al* 2007, Susser *et al.* 2006, WHO 2004). Siffror från WHO indikerar att psykiska- och beteendestörningar representerade 11 procent av den totala sjukdomsbördan 1990 (WHO 2001), och en översiktsstudie anger att uppskattningsvis 27 procent eller 82.7 miljoner av den vuxna befolkningen i EU (18-65 år) är eller har varit påverkade av minst en händelse av psykisk sjukdom under de senaste 12 månaderna (Wittchen och Jacobi 2005). Studier tyder också på samsjuklighet mellan ångest och depression (Wittchen och Jacobi 2005, Wittchen *et al.* 2003) och att tidig psykisk ohälsa kan förutspå svårare tillstånd av psykisk störning och psykisk sjukdom senare i livet (Breslau *et al.* 1996, Chang *et al.* 1997, Ringbäck *et al.* 2005). Resultat från Global Burden of Disease Study från 2004 och World Health Report från 2006 av WHO har visat att av 2.6 miljoner dödsfall bland människor i åldersgruppen 10-24 stod självmord för sex procent (Patton *et al.* 2009). Detta hot om ökande psykiskt lidande fick den Europeiska kommissionen att 2005 anta en så kallad Grönbok om psykisk hälsa i syfte att bättre hantera psykiska sjukdomar och förbättra den psykiska hälsan inom EU (European Commission 2005).

Socialstyrelsens folkhälsorapport för 2009 indikerar att om man väger samman dödlighet och sjuklighet är det neuropsykiatriska sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsbördan bland kvinnor (24 procent), och mellan 4 och 10 procent av den vuxna befolkningen beräknas ha en pågående depression. Rapporten konkluderar även att depressioner är vanligare hos kvinnor än hos män, och att 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män beräknas någon gång under sitt liv behöva behandling för en depression (Socialstyrelsen 2009). Sobocki (2006) har undersökt kostnaden för depression i Sverige och kommit fram till att den totala samhällskostnaden i Sverige för depression fördubblades mellan åren 1997 och 2005, från 16,1 miljarder kronor per år till 32,9 miljarder kronor per år. Kostnaden i hela Europa beräknades år 2004 till 118 miljarder Euro (Sobocki *et al.* 2006). Det finns stora könsskillnader i rapporteringen av det psykiska välbefinnandet där kvinnor upplever en högre grad av nedsatt psykisk välbefinnande än män (Socialstyrelsen 2008, Socialstyrelsen 2009).

Det är även kvinnor som vänder sig mest till sjukvården, där ungefär varannan känner sig nedstämd och orolig (Stockholms läns landsting 2007).

Medikalisering - en motkraft

Det finns dock motkrafter som ser dessa siffror och dess utveckling som ett tecken på ökad medikalisering, där felaktiga avgränsningar mellan sjukdom och icke sjukdom leder till uppblåsta och vilseledande siffror (Horwitz och Wakefield 2005, Rose 2006, Wakefield 2007). Medikalisering framställs som en process där icke medicinska problem beskrivs och behandlas som medicinska problem (Conrad 1992), ofta i termer av abnormalitet (Helman 2007), och avvikelser (Conrad and Schneider 1992). Det kan även inkludera uppfinnande av en ny terminologi för att beskriva vad som tidigare har uppfattats som vanliga livshändelser (Last 2007). Helman (2007) menar att det kan gälla fenomen som menstruation och graviditet, men även resultat av större sociala problem såsom fattigdom och arbetslöshet. Conrad (1992) tar galenskap som ett exempel på avvikande beteende som successivt förts in i en medicinsk mall. Andra kritiker argumenterar för att medikalisering skapar ett beroende till den medicinska professionen med starka band till läkemedelsindustrin (Helman 2007, Conrad och Leiter 2004), och att medikalisering står för en ökad börda av hälso- och sjukvårdens stigande kostnader (Last 2007, Ottosson 2005). Själva termen medikalisering används ofta som en kritik mot den medicinska modellen där medicinen anses ha skaffat sig en auktoritet bortom sitt legitima område (Naidoo och Wills 2000). Rose (2007) beskriver att efter medicinens gyllene era runt 1900 fick medicinen som profession problem på 1960-talet då anklagelser började uppkomma gällande medikalisering av sociala problem och att den medicinska imperialismen var baserad på orealistiska förväntningar på läkares terapeutiska kraft. En stark kritiker av sjukvårdens utvidgade makt var bland andra Ivan Illich som på 1970-talet menade att sjukvården medikaliserar livet självt och därmed riskerar att vid en viss punkt bli kontraproduktiv med följd att den medicinska byråkratin istället för hälsa skapar ohälsa i form av behandlingsskador och biverkningar, så kallad iatrogenes (Illich 2002). Porter (1996) anser att det är på grund utav att det expanderande medicinska etablissemangen har skapat en alltmer hälsosam befolkning som de istället drivs att medikalisera normala livshändelser, och därmed menar han att den medicinska framgången kan sägas ha skapat sitt eget Frankensteins monster.

Är det då så att hälso- och sjukvården är den enda aktören i denna process? Det behöver inte alls vara så och Conrad (1992) menar att medikalisering är en interaktiv process (och inte bara

ett resultat av medicinsk imperialism). Medikalisering ses inte här som en ”antingen eller” process utan mer i termer av grader, där den kan ske på:

- (i) en begreppslig nivå (medicinsk vokabulär används för att definiera problemet, fast den medicinska expertisen behöver inte vara involverade),
- (ii) en interaktionsnivå (läkare är här direkt involverade i interaktion med patienter),
- (iii) en institutionell nivå (där t.ex. en organisation applicerar ett medicinskt angreppssätt för att behandla ett problem, och där läkare kan fungera som dörröppnare) (Conrad 1992).

Conrad (2005) har i senare arbeten betonat att den ökande influensen av bioteknologi, i form av läkemedelsindustrin och genetiken, har ändrat riktning på medikaliseringen som nu är mer driven av kommersiella krafter och marknadsintressen istället för professionella anspråk (claims-makers). Lindqvist (1997) ser en förklaring i att medikaliseringens omfattning i vår tid återspeglar en föreställning om att hälsa och välbefinnande är rättigheter och anspråk som sjukvården kan och ska tillgodose. I vår nuvarande medicinska tidsålder har patienter blivit konsumenter och ökat sin röst och är aktiva i sina önskemål och krav gällande sjukvårdsservice, och skapar ibland ett ökat krav för medicinsk behandling för allmänmänskliga problem (Conrad 2005).

Vanligtvis har begreppet medikalisering inneburit något negativt, där samhällets medikalisering uppfattas som en process som undergräver människors vardagsförståelse och självtillit, men det kan finnas en positiv aspekt i minskad stigmatisering och möjlighet till hjälp utan moraliska fördömanden (Svensson 1993). Här finns också fenomenet demedikalisering som ofta först sker (på grund av medicinens makt) efter någon slags organiserad rörelse som utmanar medicinsk definition och kontroll (Conrad 1992).

Uppenbarligen finns det olika tolkningar av dessa uppskattningar av psykisk ohälsa och ett syfte med denna artikel är därför att följa den psykiska (o)hälsans framväxt under tiden när psykiatri som profession växte fram, eftersom det är först då dagens förståelse kan sättas i ett sammanhang. Ett annat syfte är att utifrån denna utveckling försöka klargöra utifrån olika definitioner och förståelsen av folkhälsa vad det skulle kunna innebära när olika psykiska ohälsotillstånd presenteras och framställs som folkhälsoproblem, alltså en betoning på befolkningens hälsa och inte den enskilde. Framförallt är det framväxten av dagens biologiska psykiatri som kommer att följas, eftersom det även är där mycket av kritiken kring medikalisering finns.

Den psykiska hälsans begrepp

Vad betecknar då psykisk ohälsa? Begrepp som psykisk hälsa, psykisk ohälsa, psykiska hälsoproblem, psykisk störning, psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder används idag i ett försök att täcka in olika aspekter av psykiskt lidande (Stefansson 2006). Psykisk ohälsa används ofta som en paraplyterm för att omfatta ett kontinuum från svåra störningar/sjukdomar till en mångfald av vanliga psykiska hälsoproblem och milda symtom med varierande intensitet och ihållande (Barry och Jenkins 2007). Dessa milda symtom kan skapa personligt lidande men behöver inte innebära en psykiatrisk diagnos (Stefansson 2006). Biddle och Mutrie (2001) menar att inom det folkhälsovetenskapliga området är psykisk störning den mest vanliga använda termen och diagnostiseras vanligtvis med referens till *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, eller enligt *International Classification of Diseases (ICD)*. DSM är ett klassifikationssystem för psykiska sjukdomar som utges av *American Psychiatric Association (APA)* och där man nu har kommit till en fjärde version. ICD är ett klassifikationssystem för sjukdomar, skador och dödsfall utarbetat av WHO, där aktuell version är den tionde, och en svensk bearbetning av ICD utges av Socialstyrelsen (Janlert 2000).

Inför DSM-IV hölls en del konsultationer för att det skulle råda större överensstämmelse mellan DSM-IV och ICD-10 (American Psychiatric Association 2000), eftersom DSM annars mest används i Nordamerika och ICD i Europa, men DSM har även fått ett starkt fäste här med en svensk översättning i form av Mini-DSM-IV. Revision pågår även för närvarande av ICD manualen och dess kommande elfte version (slutlig version beräknas finns 2014) som WHO planerar att ge ut i tre distinkt olika versioner för att tillgodose olika behov för primärvård, specialistsjukvård och forskning (WHO 2007). Även arbete med en ny utgåva av DSM pågår för fullt och en slutlig godkänd utgåva av DSM V beräknas finnas färdig i maj 2013 (APA 2010).

Kritik av DSM

Dessa diagnostiska manualer har dock inte varit helt okontroversiella, och framförallt DSM har erhållit en del kritik genom åren och i synnerhet efter utgivningen av dess tredje version 1980 och sedan med efterföljande versioner och revideringar. Bland annat försökte man i arbetet med DSM-III diagnostisera homosexualitet som psykisk sjukdom, men fick ge efter för politisk påtryckning. Brante (2006) menar att en enorm skillnad kan spåras manualerna

emellan där DSM-I från 1952 innehöll 106 diagnoser, som redan i DSM-II från 1968 hade ökat till 182 diagnoser, och som i DSM-III från 1980 hade expanderat till 265 diagnoser för att sedan landa i 365 diagnoser i DSM-IV från 1994. Som en följd av detta anser vissa att DSM reflekterar en växande tendens i vårt samhälle att medikalisera problem som inte är medicinska, och att man förhindrar att förstå fenomen genom att enbart ge dem märke och kodnummer (Kutchin och Kirk 1997). Svenaeus (2008) menar att det sjukdomsbegrepp som DSM i introduktionen säger sig använda sig av (ett mer avgränsat från naturliga påfrestningar) inte är detsamma som man finner om man analyserar ställandet av respektive diagnos i manualen, där han anser att det som diagnosticeras är minst lika ofta känslighet och sårbarhet i kombination med en svår livssituation som bärandet av en sjukdom. Jerome Wakefield har länge argumenterat för att kriterierna i DSM blandar ihop normal variation med sjukdom i både medicinsk mening och inom individen (Wakefield 1992), men även gällande relationsförhållanden och menar att DSM-IV patologiserar normala individer som inte har en individuell störning men är en del av en relationell störning, t.ex. ett dåligt äktenskap (Wakefield 2006). Han framhåller att symtombaserade kriterier i sig själva misslyckas med att ta hänsyn till den aktuella kontexten och därmed misslyckas med att på ett korrekt sätt identifiera tillstånd orsakade av dysfunktioner där även normala reaktioner inkluderas under sjukdomskategorin (Wakefield 2007).

Ytterligare kritik beskyller DSM för att lägga skulden på den enskilda individen för sin sjukdom (s.k. "victim blaming"), och att manualen varken diskuterar orsak eller bot (Kutchin och Kirk 1997). Brante (2006) ställer sig dessutom frågande till om ökningen av antalet diagnoser i DSM verkligen motsvaras av konkreta vetenskapliga fynd, där DSM har expanderat till att definiera ett allt större område av mänskligt beteende som mentalt stört. Hacking (2000) menar dessutom att man kan misstänka att vissa diagnoser innebär en medikalisering av obehagliga beteendemönster som ett medel för att disciplinera människor och ställer sig därför skeptisk till flera begrepp i dagens diagnostiska handböcker, och Kärfeve (2001) upplever dessa diagnosmanualer som absurda med en närmast desperat önskan att systematisera och förenkla. Hon menar till och med att det finns likheter mellan dåtidens rashygien (eugenik) och dagens diagnostiska system, eftersom man fortfarande arbetar efter postulat om kopplingen mellan ärftlighet och mänsklig handling, utan att integrera sociala eller kulturella påverkansmekanismer annat än som dekorativa element (Kärfeve 2006). Brante (2006) ser därmed en fara i att sociala och kulturella aspekter av mänskligt beteende riskerar att negligeras till förmån för biologiska konceptualiseringar och han menar att det därför är av

yttersta vikt att sociologer, antropologer och filosofer bör medverka i dessa manualers utveckling. Några som argumenterat för detta är Culver och Gert som redan på 1980-talet framhöll vikten av filosofins medverkan kring arbetet med DSM IV (Culver och Gert 1982), men dessvärre verkar de inte ha fått sin vilja igenom. Mycket av kritiken kring DSM berör att ett biologiskt perspektiv förordnas i diagnosmanualerna och att hänsyn ej tas till sociala och kulturella faktorer (Helman 2007), vilket vissa anser flyttar fokus från viktiga förhållanden för psykisk sjukdom såsom fattigdom, krig, migration, ojämlikhet, maktlöshet och förtryck (Beresford och Wilson 2002). Helman (2007) ser en fara i att beteenden som tidigare har ansetts normala eller dåliga istället via DSM inkorporeras i en zon av abnormalitet, där det oönskade beteendet stället ses som t.ex. galenskap.

Denna polemik mellan biologi och sociala/kulturella faktorer är dessvärre välkänd sedan länge och Horwitz och Wakefield (2007) diskuterar hur psykiatrin förvandlat normal sorg till att bli en störning i form av depression, vilket individen skall medicineras mot. Just sorg kontra depression är ett exempel som används ofta och Pies (2008) menar att det är viktigt att särskilja sorg som till skillnad från svår depression är ambivalent och kan innehålla inslag av glädje, och menar därmed att man inom psykiatrin måste integrera biologiska fynd med en bredare filosofi gällande känslomässiga störningar. Horwitz och Wakefield (2005) argumenterar för att det finns och har alltid funnits riktiga depressiva störningar men att sådana tillstånd tidigare var särskiljda från normal sorg som uppkommer som respons till livsförändringar, men att denna traditionella distinktion (byggd på sunt förnuft) har brutits ner i nutida psykiatri och resulterat i en hopblandning av depressiva störningar och normal sorg.

En biologisk inriktning

Framförallt verkar kritiken mot DSM beröra en snävare biologisk inriktning och Brante (2006) menar att neuropsykiatrin har vuxit de senaste decennierna till ett etablerat sätt att förklara psykiska störningar och att dess objekt är relationen mellan sjukdomar i nervsystemet och psykiska sjukdomar eller störningar. Dagens psykiatri präglas av en biomedicinsk förståelse av psykisk sjukdom som i allt högre grad söker efter sjukdomsorsaker inom genetiska, biokemiska och neurofysiologiska mekanismer och förordnar somatisk behandling (Haslam 2005). Horwitz (2002) menar att psykiatriska forskare och kliniker (men även en stor del av befolkningen) nu förstår psykiska sjukdomar som biomedicinska sjukdomar i hjärnan och därmed jämförbara med andra fysiska sjukdomar. Även psykiatrins inriktning har kritiserats, bland annat för att diagnosens kategorisering är ett försök att efterlikna

naturvetenskapen men att själva föreställningen om kategorisering kan förändra synen på det man kategoriserar (Hacking 2000). Den moderna psykiatri anklagas för att till stor del anammat ett perspektiv som fokuserar på händelser som sker inne i kroppen, eller inne i huvudet för att förstå psykisk störning (Zachar och Kendler 2007). Beresford och Wilson (2002) upplever en fara med denna nuvarande jakt på att upptäcka genetiska orsaker till psykisk sjukdom, där den biomedicinska modellen förklarar i termer utav fel i hjärnfunktioner, vilket de menar ger bränsle åt tron om psykisk sjukdom som permanent och irreversibel. Som exempel menar Kärfve (2006) att en omdisponering av förklaringsmodeller till barns psykiska ohälsa har skett till förmån för en biologisk modell, men att detta har skett utan att det framkommit några bevis som motiverar bytet. Vissa anser dock att det även finns positiva tendenser kring ett mer biologiskt begrepp genom minskad stigmatisering, vilket för med sig att människor på ett direkt sätt vågar ta upp psykiska problem med sina läkare (Svenaesus 2008). Denna sjukdomsmodell, menar man, kan föra med sig att den biologiska sjukdomsförklaringen kan leda till att psykiskt sjuka människor kan erhålla behandling istället för att stigmatiseras eller straffas via moraliska fördömanden (Horowitz 2002).

Medikalisering inom psykiatri

Uppenbarligen verkar den moderna psykiatri ha funnit en mer förfinad inriktning, men vad är det som har genererat denna nuvarande syn på psykisk ohälsa med alltmer biologiska förtecken? Att berätta hela psykiatriens historia gör sig inte i detta format, men det finns vissa särskilt viktiga händelser som är värda att granska och som har varit viktiga i formandet av vår aktuella syn och förståelse av psykisk ohälsa. Shorter (1997) menar att som disciplin existerande inte psykiatri förrän i slutet av 1700-talet, men att det inte är något konstigt med det, eftersom den medicinska specialiteten t.ex. är ett utpräglad 1800-tals fenomen. Det är inte så egendomligt egentligen att allt detta sker från 1600-1700 tal och framåt, eftersom de vetenskapliga framsteg som görs under denna tid ger människan helt andra förklaringsmodeller till sjukdom, till skillnad från de tidigare från kyrkan sanktionerade orsaksförklaringar av synd och kätterskt leverne. Man ska heller inte glömma att under upplysningens era och dess betoning på humanism skapades ett antal reformer som inte kan ses som en isolerad rörelse gentemot psykisk ohälsa, utan som också var kopplade till andra samtida reformer såsom den inom folkhälsa (Rosen 1993). Tidigare under medeltiden hade annars avvikande individer gömts undan eller kedjats fast som djur, alternativt hade de

lämnats vind för våg och ingått i gruppen tiggare och lösdrivare (Shorter 1997). Vidare menar Rosen (1993) att okunskap, vidskeplighet och moralisk fördömande hade dominerat behandlingen av de sinnessjuka, men att det även hade höjts röster i ett försök att genomtränga den täta mantel av okunskap och rädsla som omgav den mystiska naturen kring psykisk sjukdom. Innan en mer samhällelig syn på psykisk ohälsa tog över var det familjen själv som tog hand om sina avvikande medlemmar, och ibland på de mest fasansfulla sätt. Det som följer är en omdanande händelse och som kommer att påverka psykiatrins utveckling starkt. I och med mentalsjukhusens uppkomst och framväxt kunde psykiatrin bli en profession inom den medicinska specialiteten. Detta kan ses som en viktig händelse i psykiatrins utveckling fram till dagens kritik av medikaliserad och biologiserad profession.

Mentalsjukhusens uppkomst

Men varför uppkom mentalsjukhusen och i vilka syfte verkade de? Rosen (1993) menar att under 1700-talet var ”de galna” inlåsta i fängelser, fattighus, och dårhus och sinnessjukdom var förknippad med synd och djävulens aktiviteter, och Shorter (1997) påpekar att asylor för de sinnessjuka hade funnits sedan medeltiden. Det intressanta för psykiatrins historia är dock de stora institutionernas framväxt, mentalsjukhusen, som gav helt andra möjligheter att samla och ”spärra in” avvikare. Michel Foucault argumenterar för att denna ”inspärning” inte hade något med medicinsk rådgivning att göra, och att det inte var ett humanitärt närmande som var ansvarigt för att de galna gradvis blev isolerade, utan att det var inlåsningen i sig själv som genererade fenomenet (Foucault 2001). Synen på vansinniga som kollektiv grupp tar sin början, menar Foucault, i spetälskans försvinnande 1635 där ett behov av en ny stigmatiserad grupp uppstår och de vansinniga blir en del av dessa nya avvikare. De spetälska hade varit en särskilt utpekad grupp och ansågs socialt döda långt innan de dog fysiskt (Porter 1999, Rosen 1993), och där förruttnelsen av köttet sågs som det fysiska beviset på en fördärvad själ (Porter 1999). De vansinniga, menar Foucault, fyller i social mening det här tomrummet, men det tar ganska lång tid, eftersom denna grupp under medeltiden inte har uppfattats som ett särskilt problematiskt fenomen. Foucault menar att transformeringen av de vansinniga börjar när man inrättar allmänna hospital i Paris 1656 för att ta hand om och samla alla fattiga i Paris, vilket han inte ser som något medicinskt etablissemang utan en ordningsinstans av polis och domstolsväsendet, en slags maktutövning utan möjlighet till överklagan. Annars hade inte detta tilltag av inspärrande särskilt mycket med vård och behandling att göra och därmed görs ingen kategorisering av de inlåsta. Foucault (2001) menar att vid fastkedjandet av dessa vansinniga lånade vansinnet djurens mask, där de inspärrade sågs som rasande djur och det

krävdes tvång, bestraffning och översyn för att hantera det. Inspärrandet, menar Foucault, representerade ett försök att slutgiltigt undertrycka vanvetet, att eliminera en figur som inte fann sin plats inom den sociala ordningens ram.

Men hur uppstod då själva psykiatrin i detta? Jo, Foucault menar att det i slutet av 1700-talet framkom kritik gentemot detta förfarande i en tid av upplysningens ideal och därför legitimerade den framväxande psykiatrin inspärningen av de vansinniga genom att omdefiniera en repressiv åtgärd till en terapeutisk åtgärd, i det att man låste in galningarna för deras egen skull. Psykiatrin har därmed här, enligt Foucault, löst en legitimitetskris åt staten, och det är i nervåkommor och hysteri den finner sitt ursprung. Läkaren hade ingen del i livet i interneringsanstalterna men blir ändå den väsentligaste personen i asylen, och Foucault betonar att när positivismen gör intåg i medicinen och särskilt i psykiatrin blir den psykiatriska läkekonsten dunklare och psykiatrikernas makt allt mer mirakulös. Shorter (1997) anser att medikaliseringen inom psykiatrin inträffar vid samma tidpunkt då andra läkare medikaliserar sjukdomar utifrån logiken att precis som att läkaren som möter tuberkulos måste veta något om lungor måste den som möter psykisk sjukdom veta något om hjärnan och det centrala nervsystemet. Detta innebär att psykiatrer och andra inom det psykiatriska området blir de kulturellt legitimerade agenterna med den största auktoritet att handskas med dessa tillstånd som tidigare har setts som kriminalitet, avvikelse eller synd (Horwitz 2002).

Foucault har dock blivit kritiserad för sin avsaknad av historiska källhänvisningar, men det finns andra kritiker av psykiatrin med bättre historiska fakta (Svensson 2005). Andrew Scull anser att uppkomsten av mentalsjukhus i England har sin utgångspunkt i statens och kyrkans försvagade makt där staten ville visa handlingskraft i mitten av 1800-talet, där det första byggdes i Nottingham och öppnades 1811 (Rosen, 1993). Riving (2008) menar att den ökande medikaliseringen av avvikande brukar i huvudsak förläggas till 1900-talet, men dess ursprung kan spåras till 1800-talet i den gryende optimism av framgångsiver som präglade naturvetenskapen och läkekonsten under detta sekel. I mentalsjukhusen, menar Scull (1979), fanns inga aspekter av den traditionella synen på galenskap kvar utan gruppen var nu klart och tydligt urskiljd från andra ”problempopulationer”, och befann sig inlåsta i ett specialiserat och byråkratiserat organiserat system med statligt stöd. Inom denna segregerade omgivning, hade de nu blivit erkända som en av de största variationer av avvikare i det engelska samhället, och deras tillstånd hade diagnostiserats som ett unikt essentiellt medicinskt problem och levererats

till en ny grupp av professionella (Scull 1979). Goffman (2004) menar att vi måste se mentalsjukhusen mot bakgrund av det historiska sammanhang i vilket de skapas, som en del av ett helt nätverk av institutioner som utformats för att ge skilda kategorier av socialt besvärliga människor någonstans att vara och som senare gick under medicinskt mandat. Scull (1979) anser att det härmed inträffade en förändring i det underliggande paradigmet gällande synen på galenskap, från en betoning på ett demonologiskt, icke humant, djuriskt till ett mer naturalistiskt perspektiv som visade den galne mannen som innefattande en defekt mänsklig mekanism vars tillstånd nu uppfattades som i alla fall botbart. Galenskap, menar Scull (1979), förvandlades från ett vagt kulturellt definierat fenomen drabbande en okänd och en liten proportion av befolkningen till ett tillstånd som bara kunde bli från auktoriteten diagnostiserad, certifierad och hanterad av en grupp av legalt erkända experter, och sågs nu som en av de största former av avvikelser.

Efter mentalsjukhusen

Mentalsjukhusen etablerade psykiatrins framväxt och behov, men hur kom biologiska förklaringsmodeller in? Carlberg (2008) beskriver framväxten av en psykiatri som i slutet på 1800-talet alltmer försökte efterlikna den kliniska medicinen och därmed antog en mer biologisk inriktning, där läkarna nu blivit övertygade om att psykiska problem hängde samman med sjukliga och biologiska förändringar i hjärnan istället för känslor och passioner. Scull (1979) ser detta stora historiska skifte i stil och praktik som ett bevis på social kontroll och menar att förklaringar som hänvisar till samhällets förändring och inlåsningen som ett svar av humanitära skäl som falska. Psykiatrin, enligt Scull, genomgår därmed en professionalisering där vetenskapen som problemlösare under 1800-talet ger den framväxande psykiatrin vind i seglen och 1845 hade den medicinska professionen säkrat kraftfullt stöd för att galenskap var en sjukdom och att det därmed var något enbart läkare kunde bota. Väl intagen på hospital tydliggörs vidare möjligheten att förklara beteenden som galna (Sjöström, 1992). Det förekom dessutom privata mentalsjukhus i England som Scull (1979) beskriver som ett resultat av en oreglerad fri marknad i galenskap, där större mentalsjukhus och ökade antal intagna gjorde läkarna än mer otillgängliga, och mycket av auktoriteten hamnade istället på lägre nivå där varken kunskap eller intresse fanns kring patientens välfärd. Rörelser för att skapa speciella institutioner för de sinnessjuka under de tre första årtiondena på 1800-talet kunde även observeras i USA och möjliggjorde sedan vetenskapliga studier av psykisk sjukdom (Rosen 1993). Detta är ytterligare ett viktigt steg på vägen för psykiatrins etablering och medikalisering.

Riving (2008) poängterar att denna medikalisering kan ses som en följd av den stora samhällsomvandling som inträffade i 1800-talets Europa i form av industrialisering, proletarisering och utredd urbanisering, i vars kölvatten det uppstod sociala problem där sedan grunden för en centraliserad socialpolitik lades som gick ut på att samhället skulle ta hand om medborgarna, både för att vårda och disciplinera dem. Tillkomsten av mentalsjukhus var tänkta att lösa vansinnet, och man förväntade sig att se en minskning av galenskap, men det som händer är den exakta motsatsen där Scull (1979) menar att det den troligaste förklaringen ligger i att mentalsjukhusen blev ett kulturellt legitimt skäl för staten och befolkningen att bli av med sina oönskade, vilket reducerade toleransen för avvikande beteende inom den egna familjen och samhället i stort. Detta leder till att allt fler hamnar på dessa mentalsjukhus trots att det hela tiden byggs nya. Detta ledde till en ohållbar situation där man hade nått en återvändsgräns och där förlorat hopp om bot hade lett till en förvaringsanstalt (Shorter 1997). De stora och dyra mentalsjukhusen började avvecklas under andra halvan av 1900-talet och framåt för att ersättas med öppenvård. Psykiatri utvecklades sedan vidare in på 1900-talet med olika synsätt som Carlberg (2008) ser som en kamp mellan naturvetenskap och humanism, mellan Kraepelin och Freud, mellan piller och prat. Shorter (1997) menar att det är Emil Kraepelin och inte Sigmund Freud som bör ses som centralfiguren i psykiatriens historia, eftersom Kraepelin var den som skapade en helt ny insikt kring psykisk sjukdom med sitt systematiska arbete att försöka objektivt kategorisera och utskilja olika psykiska sjukdomar. Ett arbete som starkt influerade uppkomsten av DSM manualen.

Den biologiska psykiatriens framväxt

Mentalsjukhusen hade således en betydande del i skapandet av en alltmer medicinskt influerad och teknifierad "vetenskap". Framväxten av en alltmer medicinsk psykiatri har haft konsekvenser för de begrepp som används idag för att beskriva psykisk ohälsa. Riving (2008) poängterar att den medicinska vetenskapen fick en viktig roll i denna tolkningsprocess, eftersom den tillhandahöll teorier kring hur människor kunde förstå och tolkas, och Foucault (1994) menar att själva placeringen av sjukdom i kroppen är en relativt ny företeelse från 1800-talets medicin och patologisk anatomi. Annars är det just biologin och generna som spelar huvudrollen framåt. Ett bra exempel på den europeiska psykiatriens framväxande besatthet med att benämna och fixera tillstånd är termen "degeneration" som utvecklades i slutet av 1800-talet, och blev det ultimata tillståndet för att signalera patologi (Pick 1999). Shorter (1997) ser detta, precis som med mentalsjukhusen, som ett försök att skapa en vetenskaplig bas för psykiatri, men som misslyckas. Denna degenerationsfara ledde

nämligen sedan till rasbiologin och dess eugenik där ärftlighetsläran skulle appliceras på människan för att rädda folkstammen (Bengtsson 1999). Trots fördömande av den nazistiska rasläran kunde t.ex. de svenska rasbiologerna under efterkrigstiden få igenom steriliseringslagar som riktade sig mot de psykiskt utvecklingsstörda, och där psykiskt sjuka alltmer började steriliseras av s.k. "medicinska skäl" (Broberg och Tydén 2005). Shorter (1997) poängterar att det biologiska tänkandet gav psykiatrin i slutet på 1900-talet kapaciteten till att bli lika vetenskapligt driven som den resterande medicinska vetenskapen, men samtidigt som psykiatrin för de stora psykiska sjukdomarna valde neurovetenskapens väg på 1970-talet har psykiatrin för det vardagliga lidandet förlorat sin väg. Det man dessvärre kan se idag är att det vardagliga lidandet tenderar att inkorporeras i den mer vetenskapligt medicinska synen och neurovetenskapens skugga börjar falla även här via ett ständigt självdiagnostiserande i individualismens tidevarv. Johannisson (2009) anför till exempel att depressionsbegreppet inte fanns som egen diagnos före 1900 utan dök upp först runt 1920 och var ända fram till 1980-talet reserverat för de kliniska tillstånden. En undran framkommer därmed kring hur just depressionsbegreppet kunde bli så utbrett, både som diagnos men även i dagligt tal.

Psykiatrins största ifrågasättande kom på 1960 och 1970-talen via bland annat psykiatern Tomas Szasz vars resonemang byggde på att han uppfattade fenomen som psykiskt sjukdom som ett vetenskapligt och historiskt misstag, där mänskliga och moraliska problem inkorporerades i sjukdomskategorier och därmed blev låsta i en medicinsk modell (Svensson 2005). Szasz (1974) menade att de kriterier som definierar sjukdom inom den somatiska vården inte existerar inom psykisk sjukdom, utan att det istället handlar om en grad av lidande, men som inte kan kallas för psykisk sjukdom. Svensson (2005) menar att kritiken av psykiatrin vid den här tidpunkten uppvisade en mångfald och diversitet där kritik framfördes mot bland annat specifika inslag i psykiatrisk praktik såsom inläsning, ECT, lobotomier och tung medicinering, men man ifrågasatte även mentalsjukhuset som idé och institution.

Ett annat viktigt steg i en medikalisering av den psykiska ohälsan kan nog sägas vara den explosionsartade förskrivning av den behandling som kommit att sedan 1990-talet bli synonym med modern psykiatri, nämligen SSRI. SSRI betyder *selektiva serotoninåterupptagshämmare (selective serotonin reuptake inhibitors)* och står för den nya generationens antidepressiva utan de problematiska biverkningar som tidigare versioner brottades med. Det har lett till att depression och ångest blivit mindre skamfyllda i takt med

att man kan behandla dem medicinskt med antidepressiva läkemedel utan de besvärande biverkningar som andra typer av psykofarmaka uppvisar (Svenaeus 2008). Healy (1997) menar att precis som antidepressiva har hjälpt till att stödja psykiatrins medikalisering har berättelsen kring antidepressiva haft stöd av den moderna medicinens specialisering.

En ny behandling i antidepressiva

Det ökade problemet med psykisk ohälsa har lett till ökad föreskrivning av antidepressiva läkemedel där unga individer har blivit en större mottagande grupp, men framförallt är det äldre kvinnor som blivit högkonsumenter. Siffror från Apoteket AB och Socialstyrelsens läkemedelsregister visar på en markant ökning av förskrivning av psykofarmaka de senaste åren i Sverige (Apoteket 2006, Socialstyrelsen 2007). Det är ett liknande scenario i de flesta länder i den rika delen av världen. Socialstyrelsens senaste folkhälsorapport beskriver att alltfler behandlas med läkemedel sedan de moderna antidepressiva läkemedlen (SSRI-preparaten) började användas, men att det inte existerar någon statistik som säkert kan säga om depressioner blivit vanligare eller inte (Socialstyrelsen 2009). Därmed finns det en risk att det föreligger en otydlighet i vad som egentligen behandlas.

Förskrivningen av antidepressiva medel till barn och ungdomar ökade under 1990-talet och första delen av 2000-talet i och med de nya preparaten, men har under de senare åren planat ut något (Socialstyrelsen 2006). Detta har skett bland annat för att det förkommit varningar om en viss ökad risk självmord för barn och unga som behandlas med dessa läkemedel (Hammad, Laughren och Racoosin 2006). Detta har lett till en försiktigare förskrivning av antidepressiva läkemedel till barn och unga, vilket kritiker har tolkat som en bidragande orsak till den senare tidens ökade självmord bland barn och unga i USA (Gibbons, Brown och Hur 2007). Andra menar att rent generellt är behandling med antidepressiva läkemedel kopplat till en lägre förekomst av självmord i Sverige (Isacsson *et al.* 2009), men det finns studier som motsäger detta samband (Bridge 2007). Ioannides (2008) argumenterar för att antidepressiva läkemedel marknadsförs som mer effektiva än de i själva verket är, eftersom negativa data inte publiceras och positiva istället förstärks, och där långsiktiga effekter inte studerats tillräckligt. Behandling pågår nu även under längre tid och många patienter tenderar att bli långtidsbrukare av antidepressiva läkemedel, särskilt i de äldre åldersgrupperna (Meijer *et al.* 2004). En rapport från folkhälsoinstitutet har belyst detta problem av beroendeskapande läkemedel som ett folkhälsoproblem som ökar (Jonasson och Jonasson 2006). Healy (1997) menar att tillkomsten av psykofarmaka har givit uppkomst till ett nytt biologiskt språk inom

psykiatrin, och att på så vis har upptäckten av antidepressiva kunnat ”uppfinna” och marknadsföra depression.

Uppenbarligen ges en blandad bild där vissa anser att antidepressiv behandling fungerar och där andra anser att det finns problem med beroende och ökad risk för självmord. Klart är att denna typ av behandling mot psykisk ohälsa är ett viktigt inslag i den biologiska psykiatrin. Finns det då några problem med att dessa läkemedel ges ut av vinstdrivande företag och hur ser relationen ut till förskrivarna och forskarna? Melander och Nilsson (2009a) anser att det är en svår relation, eftersom det är delvis otydligt vem som är köpare och vem som är säljare, där läkemedelsindustrin gärna ser läkare som sina kunder och försöker påverka dem att förskriva (generera köp) av företagets preparat, medan läkare sällan ser sig som läkemedelsindustrins kunder, vilket troligen underlättar marknadsföringen. Moynihan, Heath och Henry (2002) menar att en nyckelstrategi för industrin är att nå ut i media med historier skapade för att generera rädsla av ett tillstånd eller sjukdom och därmed dra fokus till den senaste behandlingen, och de vill därför se denna bolagsfinansierade sjukdomsinformation ersättas med oberoende information. En viktig åtgärd för att minska risken för medikalisering föreslås vara att hälso- och sjukvårdens huvudmän tar över all information och utbildning om läkemedelsbehandling till läkare och annan personal inom hälso- och sjukvården, eftersom läkemedelsindustrin hittills stått för en stor del av denna utbildning, medan procentobunden information har varit mer sparsam (Hammarström och Hensing 2008). Det är denna sammanflätning av produkter, förväntningar, etik och livsstil som Rose (2006) tror är involverad i utvecklingen och spridandet av psykofarmaka, där individer spelar sin egen roll i medikaliseringen av sina livsproblem genom att engagera sig med dessa bilder och historier.

Carlberg (2008) upplever ett problem i att de täta ekonomiska banden mellan läkemedelsindustrin och enskilda läkare kan leda till en värld där alla är sjuka och därmed måste medicineras. Det finns även ett stort problem med spökskriveri där färdiga manus skickas från läkemedelsföretag till prominenta forskare för underskrift som ett led i bolagens aggressiva marknadsföring av nya produkter (Brante 2006). Även de finansiella banden mellan DSM-IV panelen och läkemedelsindustrin har undersökts och dessvärre har man funnit att 56 procent av panelens medlemmar hade ekonomiska kopplingar till industrin (Cosgrove *et al.* 2006). Conrad (2005) ser dessutom en fara i en förändrad vård med privata aktörer som kan leda till ökad medikalisering och ökad förskrivning av de snabba insatserna, t.ex. psykofarmaka. För att återknyta till exemplet kring medikalisering menar Horwitz och

Wakefield (2005) att transformationen från sorg till depression har varit mycket lukrativ för läkemedelsföretagen trots senare års oro kring suicidrisk, biverkningar och eventuellt beroende. Rose (2008) menar att även om en psykiater väljer ut särskilda individer som märks som potentiella fall av depression menar man egentligen att de är lämpliga kandidater för antidepressiv behandling, eftersom depression förekommer i olika svårighetsgrad och flera kommer aldrig till psykiaterns kännedom. I dessa läkemedel finns tydligen en stark tendens till en medikalisering av psykisk ohälsa, men hur sker detta rent konkret?

Läkemedel och medikalisering

Det finns nämligen de som ser en fara i att den diagnostiska psykiatrin tenderar att sjukdomsförklara allt som medicinerna har effekt på och att detta sker i allians med läkemedelsbolag och patientföreningar, att det därmed skulle råda ett förändrat samhällsklimat med tillhörande föreställningar av vad som är normalt och önskvärt (Svenaues 2008). Moynihan, Heath och Henry (2002) föreslår till och med att en social konstruktion av ohälsa är på väg att ersättas av en bolagiserad konstruktion av sjukdom, och menar att vissa former av medikalisering av det dagliga livet nu bättre kan beskrivas som ”disease mongering” där gränserna för vad som är behandlingsbar sjukdom hela tiden expanderas för att öka marknaden för de som säljer och tillhandahåller behandling. Detta, menar Horwitz och Wakefield (2005), har lett till ett ökat mobiliserande av psykiatrin, allmänmedicinen och läkemedelsindustrin för en koordinerad och vinstgenererande offensiv. Rose (2006) upplever här en subtil medikaliseringsprocess där läkemedelsföretag utforskar ett upplevt missnöje bland individer som sedan inkorporeras i berättelser som ger läkemedel mening och värde. Dessa berättelser, menar Horwitz och Wakefield (2005), är problematiska, eftersom när människor ständigt utsätts för läkemedelsreklam och historier där depression och normal sorg smälter samman finns risken att symtomen övertolkas och sorgen förstås som depression.

Helman (2007) ser ett problem i denna medikalisering som han menar antagligen är mer trolig att ske när kroppen ses och tolkas som en maskin (till fullo avskalad av sin sociala och kulturella kontext) vilket i sin tur leder till ett beroende utav den medicinska professionen och dess koppling till läkemedelsindustrin. Hammarström och Hensing (2008) anser att förklaringen av depression utifrån biologisk ståndpunkt (obalans i signalsubstansen serotonin i hjärnan) utgör ett starkt argument för att läkare ska föreskriva antidepressiva mediciner samt för att patienter ska vilja använda dem. De menar därför att samtidigt som läkemedelsindustrin på detta sätt försnävar etiologin bakom depression överdriver industrin

behovet av antidepressiv medicinering genom vilseledande forskning. Horwitz och Wakefield (2005) menar att läkemedelsbolagens mest framgångsrika drag har varit att via allmänläkare (som förses med färdiga symtomchecklistor av DSM-typ) kunna öka diagnosticeringen och läkemedelsförskrivningen för depression. Den senaste tidens fokusering på genteknikens potential inom hälsoområdet har ytterligare förstärkt detta tankesätt. Sachs (2002) menar att släktskapsrelationer nu har givits en ytterligare dimension som betonar felaktiga gener i och med att familjeanknytning och släktskap mer och mer kommit att ingå bland de fenomen som medikaliseras. Conrad (2005) argumenterar för att främjandet av sådana genetiska test kan bidra till medikalisering, eftersom ett positivt fynd på ett genetiskt test, att man har en särskild gen för ett problem, kan skapa ett nytt tillstånd av medikalisering där man har en potential för att bli sjuk. Sachs (2002) ser här i en fara i att en medikalisering av släktskap (i och med genetisk forskning kring ärftliga sjukdomar) speglar och för fram en syn på familj och släktskapsrelationer som utgör en kontrast till nutida förändrade familjemönster, där hela familjer medikaliseras vid samtal med en enskild person. Detta vidgar perspektivet där även individer runt den berörda personen kan beröras och degenerationstanken ligger farligt nära.

Ett genusperspektiv

Ett mycket viktigt perspektiv som måste tas i beaktande (och som inledningen indikerade) är varför det förefaller vara så stor skillnad mellan könen gällande just psykisk ohälsa, eftersom flera rapporter och studier visar på en sådan skillnad (Socialstyrelsen 2008, Socialstyrelsen 2009, Stockholms läns landsting 2007, Wittchen och Jacobi 2005). Johannisson (1994) skriver att såväl historiska som moderna studier har visat att kvinnor söker mer vård än män, de övre samhällsklasserna mer än arbetarklassen, de sekulariserade mer än de troende, och hon menar att symptomen är kulturens spegel som säger något om kulturellt formade kvinnoroller och kvinnobilder. Ges det då någon indikation på vad det beror på och får detta några konsekvenser för behandling? Socialstyrelsens rapport *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården* från 2004 beskriver att det är på det förebyggande och folkhälsoinriktade området som de verkliga skillnaderna mellan män och kvinnor finns, där kvinnor söker mer vård men där män får dyrare läkemedelsbehandling. Den mest markanta skillnaden, enligt rapporten, ser man för läkemedel för depression och annan psykisk ohälsa och för läkemedel mot smärta där kvinnor dominerar som mottagande grupp och där äldre kvinnor är den grupp som ordinerar flest läkemedel (trots detta inkluderas ofta inte äldre i kliniska prövningar). Hammarström och Hensing (2008) menar att det finns mycket skrivet

om medikalisering av psykisk ohälsa, men ytterst lite forskning har problematiserat genusperspektiven i försäljningen av antidepressiva läkemedel.

En skillnad finns även i läkemedelsreklam där kvinnor skildras som deprimerade och känslosamma medan män ofta beskrivs som hårt arbetande människor som behöver läkemedel för att orka fortsätta sitt arbete (Socialstyrelsen 2004). Depression har därmed gjorts till något kvinnligt (Hammarström och Hensing 2008) som får antidepressiva läkemedel utskrivna i dubbel utsträckning som män, trots att män begår självmord i dubbel utsträckning (Socialstyrelsen 2004). Hammarström och Hensing (2008) menar att ett problem även föreligger gällande hur forskningen ska tolka ångest och depression som båda är symtomdiagnoser och svåra att särskilja från normala reaktioner vid olika livshändelser. Möjligt reagerar och tolkar män och kvinnor sina symtom olika. Men varför mår då kvinnor sämre? Lager (2008) menar att könsskillnaderna i psykisk ohälsa är verkliga så till vida att de inte kan förklaras av snedvridna instrument eller skillnader i rapporteringsbenägenhet utan den troliga och viktigaste förklaringen verkar istället ligga i biologiska skillnader eller i könsroller. För att därmed åstadkomma en genusrelaterad förändring anser Hammarström och Hensing (2008) att det krävs oberoende information, men även ökad kunskap och medvetenhet om genusstereotyper inom såväl läkemedelsbranschen som inom hälso- och sjukvården, samt aktiva åtgärder för att bryta redan invanda föreställningar. De anser att i takt med den ökande läkemedelsförsäljningen behövs det satsningar på genusforskning som analyserar den ökade försäljningen och riskerna för medikalisering av kvinnor och män. Det är viktigt att ha denna fördelning i åtanke innan fokus skiftar till ett befolkningsperspektiv

Folkhälsa

För hur definieras hälsan sett ur ett befolkningsperspektiv? I Oxford Textbook of Public Health kan man läsa att folkhälsa ska förstås som en process att mobilisera och engagera lokala, statliga, nationella och internationella resurser för att försäkra hälsosamma förhållanden (Detels och Breslow 2004). Auktoriteten på området, Världshälsoorganisationen WHO, beskriver folkhälsa som ett socialt och politiskt begrepp med syfte att förbättra hälsa, förlänga liv och förbättra befolkningens livskvalitet, via hälsopromotion, sjukdomsprevention och andra former av hälsointerventioner (WHO 1998). Andra hälsoforskare ser folkhälsa som ett organiserat globalt och lokalt försök att främja och skydda befolkningens hälsa och reducera ojämlikheter i hälsa (Beaglehole 2003), och Rose (2008) menar att för att kunna

förstå folkhälsa måste man förstå att samhället inte enbart är en samling individer utan också ett kollektiv, och att dessa individers beteende och hälsa är starkt influerade av kollektivets kännetecken och sociala normer. Folkhälsa kan även förstås som främjandet av befolkningens hälsa och därmed vara beroende av faktorer som är statens ansvarsområde, vilket inkluderar ett mycket bredare perspektiv än vad medicinen arbetar med (Naidoo och Wills 2000), eller som en organiserad samhällsaktivitet i syfte att främja, skydda och om nödvändigt, återställa hälsa hos individer, specifika grupper eller hos hela befolkningen (Last 2007). Vissa exemplen begränsar därmed folkhälsa till befolkningsnivå, medan andra även inkluderar individer eller specifika grupper. WHO gör även en distinktion till medicinen genom att adressera folkhälsa som samhällets kollektiva ansvar i syfte att skydda och främja hela befolkningens hälsa, till skillnad från klinisk medicin som bara hanterar hälsoproblem hos individer, även om det ofta i slutändan ändå innebär ett snävare medicinskt perspektiv (World Health Organization 2005). Därigenom verkar det finnas någon slags självkritik från WHO att den teoretiska distinktionen till medicinen inte blir så omfattande när praktiken väl tar över. Detta är dock inte så konstig, eftersom medicinen och folkhälsan är sprungna ur varandra och har utvecklats sida vid sida genom historien. Mer nutida förklaringar av folkhälsa tar framförallt med kravet av reduktion i ojämlikheter i hälsa med betoning på prevention, och särskilt primär prevention som en befolkningsstrategi, där hänsyn tas till underliggande socioekonomiska bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom (Beaglehole och Bonita 2008). I rent konkreta åtgärder definierar Rosen (1993) folkhälsa brett och inkluderar sociala rörelser och lagstiftning med klar effekt på hälsan, såsom försök att begränsa arbetsdagen, reglera barnarbete, skydda gravida kvinnor och garantera arbete. Just ett brett perspektiv av den praktiska innebörden av folkhälsa är det många som använder, vilket inkluderar kontroll av smittsamma sjukdomar till ledarskap av intersektoriellt arbete för att förbättra hälsan, men där huvudperspektivet för att folkhälsoperspektiv är ett befolkningsperspektiv för att förhindra och kontrollera hälsoproblem (Beaglehole 2003). Rose (2008) menar dock att för att förstå folkhälsans principer måste man även förstå att samhället inte enbart består av en samling individer utan även ett kollektiv, och att de individuella medlemmarnas beteende och hälsa är starkt influerade av detta kollektivs egenskaper och sociala normer. Kan man då tala om att det har skett eller kan ske någon slags medikalisering på befolkningsnivå?

Medikalisering och folkhälsa?

I dagens folkhälsa beskrivs alltmer tillstånd och sjukdomar som ett hot gentemot folkhälsan och vissa menar att detta sker på bekostnad av att normala händelser tillhörande livet medikaliseras, och att medikaliseringen av folkhälsa har resulterat i snävare fokus i det praktiska folkhälsoarbetet (Beaglehole och Bonita 2008). Horwitz och Wakefield (2005) menar att depression används alltmer som ett uttryck för att karakterisera våra känslomässiga reaktioner för livets svårigheter och att detta representerar ett förändrat psykiatriskt tänkande, där allt större del av populationer definieras som deprimerade. Om nu depression ses och förstås som ett folkhälsoproblem innebär detta att depression medikaliseras i ett vidare perspektiv än tillhörandes den kliniska miljön? Rose (2007) menar t.ex. att den medicinska folkhälsan länge har ägnat sig åt sjukdomsprevention och hälsofrämjande arbete där vi under 2000-talet än så länge har sett alltmer teknifierade och individualiserade farmakologiska lösningar i syfte att förebygga risk. Det verkar som att det finns en risk att de individuella lösningarna även anses valida på en befolkningsnivå.

Kutchin och Kirk (1997) påpekar därför att vardagsfenomen av idag som oro, ångest, ilska, frustration, rastlöshet, trötthet, muskelspänningar, bristande empati samt svårigheter att fatta beslut numera betraktas som symtom på störningar. Detta menar de i och för sig kan vara sant, men att man inte får glömma bort att dessa "vardagsfenomen" bara utgör genuina symtom i den mån de förekommer i kluster tillsammans med andra besvär. Skall detta utgöra symtom på sjukdom finns det en risk för att det skulle kunna leda till potentiella folkhälsoproblem av epidemiska mått. Horwitz och Wakefield (2005) menar att nästan alla nyligen gjorda studier på depressionssjukdomar använder definitioner från DSM-IV som utgångspunkt, och det gäller såväl i det kliniska mötet som i befolkningsstudier, och de anser att manualen misslyckas med att erkänna symtomens kontext, vilket kan generera uppblåsta siffror i befolkningsundersökningar där den kontrollerade kliniska miljön ej kan upprätthållas. Därmed kan siffror kring förekomst av depression i befolkningen vara felaktiga, vilket i sin tur kan ge en felaktig bild av de sociala och ekonomiska konsekvenserna av depression (Wakefield 2007). Rose (2008) anser att vår kunskap kring psykisk hälsa i befolkningen är begränsad, på grund av psykiatriska forskares ointresse av att förstå depression som en skala på ett kontinuum för istället använda ett nivåvärde för att erkänna patienter till behandling.

Horwitz och Wakefield (2005) menar att antalet behandlande för klinisk depression och närliggande kategorier nästintill har fördubblats sedan tidigt 1980-tal, men att det verkligt intressanta är att ingen rimlig teori av depressiv störning, vare sig genetisk, psykologisk eller social kan förklara varför uppskattningar av depression skulle ha ökat så mycket under en så kort tid. När vi konfronteras med siffror som indikerar att 27 procent av den europeiska befolkningen anses lida av psykisk ohälsa/sjukdom av något slag får det en därmed att fundera över vad detta egentligen säger, och om det är tänkt att förstås som ett medicinskt problem eller om det ska ses i en vidare social kontext. Samtidigt undrar man vad siffrorna egentligen säger. Vissa anser att genom att inkludera människor med milda problem i uppskattningarna av psykisk sjukdom riskerar vi att förlora resurser till att behandla de som verkligen lider (Moynihan och Cassels 2005). Svensson (1993) menar nämligen att debatten om medikalisering har en ofta förbisedd dimension där själva kritiken att ohälsa och sjukdom är samhällsproblem öppnar upp för en alltmer offensiv medicin och vidgar det medicinska inflytandet ytterligare. Detta skulle kunna innebära en alltmer medicinsk folkhälsa där sociala och kulturella perspektiv får stå tillbaka ytterligare. Eftersom den enklaste och billigaste lösningen är medicinering innebär det enorma mängder läkemedel med oklara långtidseffekter och biverkningsmekanismer. Forskning har ju visat att kostnaden för depression ökat rejält både i Sverige (Sobocki 2007) och Europa (Sobocki 2006) och då ofta i termer av sjukfrånvaro. Frågan är hur denna kostnad är tänkt att kunna minskas.

Om depression och psykisk ohälsa delges status av folkhälsoproblem borde mer förebyggande verksamhet vara aktuell och inte ökad klinisk behandling för att undkomma kostnadsproblematiken. Denna förebyggande behandling bör dock inte bestå av enbart medicinska insatser för att minska eller undvika risk, eftersom det riskerar att öka begreppsglidningen ytterligare. Melander och Nilsson (2009c) anser att patientnyttan alltid ska vägas mot riskerna, och att man sällan kan bedöma dessa efter resultat i kliniska prövningar som ofta varit begränsade till ett fåtal år och sällan innefattat patienter med särskilt hög initial risk och/eller med många andra läkemedel. Förebyggande läkemedelsbehandling är därför alltid svårbedömd, eftersom man aldrig i förväg kan veta utfallet då sjukdomsfrånvaro under en preventiv behandling inte bevisar att det är läkemedlet som förhindrat sjukdomen (Melander och Nilsson 2009b). Därför, menar Rose (2008), att långtidsanvändning av läkemedel i förebyggande syfte enbart bör gälla högriskgrupperna. Järhult (2009) menar att den sanna långsiktiga balansen mellan nytta och skada i den dagliga läkemedelsförskrivningen knappast är känd, vilket han anser borde leda till en viss ödmjukhet

i professionens ambition att ge farmaka för att påverka olika riskmarkörer och riskfaktorer. Ortsäter (2005) argumenterar just för att det är den okritiska och slentrianmässiga förskrivning av läkemedel som det finns anledning att reagera mot, eftersom det leder till onödiga biverkningar. Självklart vill ingen ha den vård av iatrogenes som Illich (2002) har beskrivit där skadan är större än nyttan.

För att återgå till den psykiska ohälsostatistiken finns det de som ifrågasätter om Europa och världen under 2000-talet verkligen är ett ställe sönderhärjat av diagnostiserad psykisk sjukdom där var tredje person påverkas varje år, eller om vi istället bör ifrågasätta validiteten av de frågemetoder som producerar dessa siffror (Rose 2006). Andra argumenterar för att dessa höga siffror sannerligen är anmärkningsvärda, eftersom depression och ångest var sällsynta tillstånd för bara 20 år sedan (Healy 1997). Detta förefaller likna framväxten av galenskap under mentalsjukhusens era där Scull (1979) beskriver galenskapen som förvandlades från ett vagt kulturellt definierat fenomen drabbande en liten proportion av befolkningen till ett tillstånd som bara kunde diagnostiseras, certifieras och hanteras av en grupp av legalt erkända experter, och då blev en av de största former av avvikelser. Även behandlingsstrategin går igen där man för många psykiska tillstånd använder behandling som inte är bevisad, men som anses kunna bevisas så fort teknologin finns tillgänglig. Hittade man på 1800-talet inget man kunde skylla galenskapen på ansåg man detta bero på att tekniken som krävdes för detta ej ännu var tillräckligt förfinad, vilket förstärkte det medicinska etablissemanget inom området (Scull 1979). Svenaeus (2007) menar att det är föga sannolikt (troligen osannolikt) att vi ska kunna förstå skillnaderna mellan normal och patologiskt lidande genom att enbart studera hjärnans kemi, och menar att avsaknad av serotonin antagligen inte är den enda orsaken till depression. Helgason *et al.* (2004) undersökte för övrigt den ökade försäljningen av antidepressiva läkemedel på Island och menar att ökningen inte hade någon påverkan på de psykiatriska aspekterna av folkhälsan, förutom att de vanligaste psykiska sjukdomarna erkändes medicinsk behandling, men till en avsevärd ökning av läkemedelskostnaderna. Andra argumenterar dock för att antidepressiva förefaller vara underanvända bland deprimerade individer (Henriksson *et al.* 2006, Isacson *et al.* 2009), vilket indikerar att det finns olika sätt att tolka dessa läkemedels effektivitet. Svenaeus (2008) försöker besvara frågan om utvidgad kemisk behandling av människors läggningmönster är en bra eller dålig strategi för att lindra lidande. Hans svar blir att antidepressiva mediciner i många fall inte behandlar sjukdomar utan är en del i en självförändringsprocess, och därmed inte sämre som redskap i strävan efter ett gott liv, men att diagnosställandet och

sjukdomsförklarandet flyttar uppmärksamheten från personlighet och omgivning till kemi och biologi, trots att de funktioner som antas vara störda är föga kända.

Frågan är då hur tillförlitliga dessa uppskattningar kring psykisk ohälsa kan anses vara. Det är klart att det finns ett verkligt lidande, men dess storlek kvarstår att bedöma. Det är dock en viktig fråga att finna svar på, eftersom olämplig medikalisering kan leda till risk för onödig stämpling, dåliga behandlingsbeslut, sjukdom orsakad av läkares misstag, och ekonomiskt slöseri där resurser istället hade kunnat användas till att behandla allvarliga sjukdomar (Moynihan, Heath och Henry 2002). Horwitz och Wakefield (2005) anser att dessa höga och ökande prevalenstal inte har så mycket med reell förekomst av depression att göra utan att det istället handlar om förändringar i hur läkare och andra aktörer inom området psykisk hälsa, men även befolkningen i största allmänhet karakteriserar och diagnostiserar sitt mentala tillstånd. Markle och McCrea (2008) ser en fara i att hela vår värld medikaliseras till, vad de anser vara, en alfabetisk soppa där den medicinska modellen står för, definierar och behandlar olika mänskliga förhållanden såsom sjukdom, och de menar att tids nog kommer mer av livets erfarenheter under medicinsk uppmärksamhet och blir därmed definierat som sjukdom i behov av bot.

Läkemedelsindustrin är uppenbarligen en stark och pådrivande aktör inom detta fält och de ekonomiska incitamenten är uppenbarligen starka med alltfler som använder deras läkemedel. Carlberg (2008) ser dessutom en läkemedelsindustri som har kunnat marknadsföra ett helt koncept och inte bara en medicin, där man via patientföreningar trovärdigt har kunnat introducera nya sjukdomar med biologisk orsaksgrund, eftersom annonsering inte har fått ske direkt till allmänheten. Detta är intressant information att ta i beaktande i dagens debatt kring psykisk ohälsa där man ofta kan skönja en skiljedelare i diskussionen kring antidepressiva läkemedel (SSRI), som antingen förordnar fara för underbehandling, med risk för onödigt psykiskt lidande, eller en fara för överkonsumtion, med risk för allvarliga biverkningar. Riving (2008) menar att när psykisk sjukdom alltmer började ses som ett patologiskt tillstånd startade en medikaliseringsprocess, som hon anser fortfarande är i full gång, där människan som tänkande och kännande varelse är mer bräcklig och därmed i behov av professionell hjälp för att klara av vardagens påfrestningar och där allt fler beteenden börjar betraktas som avvikande. Svenaeus (2008) menar att medikaliseringen av allt som gör ont och inte passar in är just ett försök att undfly ansvar, på individuellt såväl som på kollektiv nivå, och menar att om vi köper ”bota-sjukdoms-förklaringen” av SSRI-effekten, så kommer den antidepressiva

revolutionen att förstärka ett okänsligt, ytligt och instrumentellt människoideal när den suggs upp av den kommersiella karusell som vi färdas på.

Ett folkhälsoproblem?

Kan då denna eller dessa olika uppfattningar kring psykisk ohälsa anses utgöra ett problem av storleken att det ska ses som ett hot mot folkhälsa. WHO anser uppenbarligen det, eftersom det de bland annat lyfter upp psykisk ohälsa som ett dessutom ökande folkhälsoproblem. Uppenbarligen verkar det dock finnas vissa problem med de siffror som förs fram gällande psykisk ohälsa, dels beroende på olika begrepp och deras innebörd men även var gränser dras. Det förefaller vara någorlunda tydligt i alla fall att själva termen folkhälsoproblem används lite väl frikostigt gällande olika tillstånd. Förvisso är psykisk ohälsa och depression självfallet reella problem, men kanske borde resurserna riktas mot de som verkligen behöver dem och inte använda dem för att lindra och behandla hela kategorin av tillfälliga allmänmänskliga problem. Brante (2006) menar att en faktor som just kan förklara begreppsutvidgningen av tillstånd och varför diagnosen depression (och även ADHD) har ökat i omfång går att finna just i att det finns en enkel lösning i form av medicinering. Med en enkel biologisk lösning i form av en "quick fix" blir administrationen enkel. Med dagens diagnostiska kriterier kan man alltid ställa sig frågan om någon egentligen är frisk, utifrån dessa kriteriers sätt att bedöma. Kanske inte alla kategorier är att likställa, men gällande depression som ett bredare fält av psykisk ohälsa uppvisar inte helt tydlig evidens, och samtidigt ökar antalet diagnostiserade deprimerade trots att konsumtionen av SSRI har expanderat enormt de senaste åren. Detels och Breslow (2004) menar att termen psykisk sjukdom har utvidgats till att inkludera inte bara psykos, neuroser och mental efterblivenhet utan även alkoholism, beroendesjukdomar, barnmisshandel och inlärningssvårigheter. De menar att trots utvecklingen i att klargöra etiologi och terapi av psykiska sjukdomar har folkhälsans svar på denna expansion av problem inte hängt med i den utvecklingen som dessa problem representerar.

Dessa ökande prevalenstal för psykisk ohälsa riskerar dock att bero på en diagnosglidning där alltfler tillstånd inkluderas i begreppet depression via olika subkategorier. Riskerar detta kanske leda till att man skapar det man letar efter? Scull (1979) menar att den minskade toleransen av "avvikare" under mentalsjukhusens framväxt i sin tur ledde till fler institutioner för att hushålla dessa oönskade familjemedlemmar och därmed fler antal "galna". Detta

påminner om Hackings kategoriseringsproblematik där själva kategoriseringen leder till en förändrad syn på kategorin (Hacking 2000). Detta skulle kunna appliceras på psykisk ohälsa och depression som i och med sitt uppsving som diagnos (med tillhörande diagnosglidning) och begrepp etsar sig fast i samhällets medvetande och därmed börjar individer och grupper tillhöra kategorin. Även Svenaeus (2008) ser här en fara i att känsliga allmäntillstånd riskerar att fångas upp i sin friska form av en utvidgad, diagnostisk och biologiskt inriktad psykiatri, särskilt när nya mediciner finns tillgängliga för att behandla känsligheten, som i fallet med depression och ångest. Det är viktigt att ha detta i åtanke och kritiskt granska alarmerande siffror, att problematisera begreppet psykisk ohälsa, att analysera om den de facto har ökat eller bara är ett uttryck för en annan livssituation där människor mer känner efter hur de mår och kommunicerar detta. Nationell psykiatrisamordning nämner detta som en tänkbar förklaring i sitt slutbetänkande SOU 2006:100. De genusrelaterade skillnaderna är uppenbarligen reella, även om dess orsaker är svåra att fastställa och det är viktigt att ha dessa skillnader i åtanke. Är det könsrolls faktorer som till viss del förklarar varför kvinnor mår sämre kan det dels innebära att deras roll leder till en benägenhet att överrapportera eller att män underrapporterar.

Ytterligare medikalisering?

Att medikalisera ytterligare tillstånd kan därför inte vara rätt väg att gå, eftersom det måste finnas resurser till att bedriva sjukvård för de som verkligen behöver det. Det kan inte vara meningen att stora grupper människor går på förebyggande läkemedelsbehandling för ett eventuellt framtida högt blodtryck när det finns andra strategier att hålla sig hälsosam, via t.ex. fysisk aktivitet och bättre kostvanor. Det finns en farhåga i att människor alltmer kommer att aktivt medicinera med antidepressiva i förebyggande syfte och precis som Melander och Nilsson (2009b) poängterar är det då svårt att avgöra vad nyttan egentligen är. Det riktigt sorgliga är när man betänker att läkemedelsbolagen fokuserar på att ta fram livsstilsläkemedel för det rika väst istället för att ta fram nya läkemedel som kan hjälpa fattiga länder med stora och livshotande sjukdomsgrupper. Argumentet blir dessvärre att det ligger större vinst att medicinera ett stort antal rika och friska under en hel livstid istället för att utrota sjukdomar bland fattiga och sjuka. Den biomedicinska modellen kan här spä på den bilden genom att fokusera på faktiska fel i hjärnan och inte se till beteendet. Davis och Burdett (2004) menar att en total uppmärksamhet på den förtvivlade människan kan hindra oss från att reflektera över vad vi menar med psykisk hälsa, och det finns ju en stor otydlighet kring vad som ska ingå i detta begrepp.

Kritiskt kan man konstatera att det resonemang psykiatrin förde på mentalsjukhusen när det inte kunde finna fog för sina behandlingar är skrämmande likt den diskussion som förs kring psykisk sjukdom i våra dagar inom biologiskt centrerade förklaringsmodeller. Felet ligger därmed hos individen och inte i omgivningen, vilket försvårar beslut gällande den egna hälsan. Folkhälsans tyngdpunkt bör ligga utanför hälso- och sjukvårdssystemet och det är viktigt att ägna sig åt hälsans sociala bestämningsfaktorer. Detta går i linje med WHO:s Commission on Social Determinants of Health (CSDH) som 2008 presenterade sin rapport om att utjämna hälsoskillnaderna inom en generation där de fastslog att sociala orättvisor helt enkelt leder till att många människor dör i onödan. Wilkinson och Pickett (2010) argumenterar i sin uppmärksammade bok *Jämlikhetsanden* att det är en märklig paradox att då vi idag befinner oss på toppen av mänskliga materiella och tekniska landvinningar är vi samtidigt tyngda av oro och drabbade av depressioner. De anser att istället för att kräva antidepressiva medel i kranvattnet eller psykoterapi för alla visar argumenterar de för att större jämlikhet i samhället skulle öka välbefinnandet och livskvaliteten för oss alla.

Det är flera forskare som menar att medikaliseringen av sorg har lett till skyhöga behandlingssiffror för depression och leder till en felaktig bild av att faktiska nivåer av depression har ökat. Detta är självklart något som kostar mycket pengar och kanske heller inte är helt ofarligt, eftersom man ännu inte vet så mycket kring långtidseffekterna. Precis som Svenaeus poängterar finns det kanske en fördel att ta sig igenom vissa livskriser utan artificiell hjälp. Förhoppningsvis lär man sig något och utvecklas som människa. Ortsäter (2005) har dessvärre en poäng när hon ser att lugnande och smärtstillande läkemedel tyvärr faller skrämmande väl in i dagens livsmönster där utrymme för samtal oftast saknas, och där okritisk och slentrianmässig förskrivning tenderar att återskapa en medikaliserad kultur. Kritiken kring DSM och den allena rådande biologiska modellen kring psykisk sjukdom betonar just vad som ska anses vara psykisk ohälsa eller vad som ska anses tillhöra livets utmaningar. Idag har vi en debatt kring spelberoende och man får inte glömma att en medikalisering av ett sådant och liknande begrepp kan leda till en ny marknad för läkemedelsföretag och andra att slå in sig på. Beresford och Wilson (2002) menar att det i dagens debatt kring biogenetiska förklaringsmodeller för psykisk sjukdom är viktigt att ställa sig just frågan kring vem som har intresse av denna inriktning. Ett snabbt svar är självklart läkemedelsbolagen som gör stora ekonomiska förtjänster på denna riktning, men det är även patienterna själva som har blivit vana vid snabba lösningar.

Wakefield (2006) varnar att genom att sjukdomsförklara dåliga äktenskap, svåra interaktioner mellan barn och förälder och misslyckade vänskapsförhållandet riskerar man att göra psykiatrin till en instans för social kontroll snarare än en medicinsk disciplin. Och är det något psykiatrins historia har visat är det att social kontroll inte har varit en särskilt lyckad väg för professionen. Precis som Conrad (2005) betonar är det en ny medikalisering som nu sker där alltför krav gällande diagnostisering av allmänmänskliga problem kommer från oss själva och så länge en diagnos innebär ökad hjälp och erkännande är det svårt att komma runt problematiken. Det är ju dock inte meningen att man ska skaffa sig en diagnos för att erhålla mer hjälp i t.ex. skolan utan den hjälpen borde finnas tillgänglig ändå.

Slutligen kan man bara hoppas att ett kritiskt tänkande kan genomsyra alla händelseförlopp för att minimera att saker tas för givet. Eftersom en ny version av DSM dröjer ända till 2013 kanske kritiken av manualen har tagits på allvar och att även andra grupper finns involverade. En biologisk inriktning får inte styra över hälsoproblem som är så mycket mer komplicerade än så. Ett folkhälsovetenskapligt perspektiv bör definitivt inkludera mer än ett reduktionistiskt synsätt av biologiskt snitt på delfunktionsnivå. I folkhälsovetenskaplig kontext är det viktigt att problematisera orsaker till en ökad psykisk ohälsa, där argument för ökad medicinering måste sättas i relation till en eventuell fara att medikalisera sociala problem och livskriser. Diagnostisering av depressioner i förståelse av normala mänskliga tillstånd såsom sorg kan leda till en medikalisering av sociala fenomen och som i sin tur kan leda till en överanvändning av psykofarmaka. Ansvar för flyttas därmed till individen istället för den sociala omgivningen och kan leda till stigmatisering för den enskilda. Rose (2008) menar att samhället distanserar sig från sina avvikare, antingen fysiskt genom att segregera de med psykisk ohälsa, eller genom att kategorisera dem som depressiva, eller genom att inte ta ansvar för den mångsjuklighet som följer i form av fetma, alkoholism eller fattigdom. Förutsättningarna bör därmed skapas tidigare i samhället där folkhälsans viktiga mål för jämlikhet och rättvisa är en viktig del.

I den nutida svenska psykiatrin ser Jacobsson (2010) en fara i att självmord alltmer börjar behandlas som ett medicinskt problem som ska hanteras inom psykiatrin. Detta ser han som ett problem, eftersom han menar att de flesta riskfaktorer ligger utanför psykiatrins ansvars- och kompetensområde, bland annat könsroller, alkohol- och drog beteende, trasiga familjer och högt tempo på arbetsmarknaden. Han menar att uppmärksamheten kring depressioner och suicid är självklart av godo, men bör inte leda till en strikt medicinsk sjukdomsmentalitet. Det

är faktiskt underligt att problem måste definieras i slutna kategorier istället för att ses i sin levda vardag. Detta är även i en tid när psykiatri är hårt trängd och ifrågasatt. En nyligen utgiven rapport från Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) visar att sju av tio svenskar inte anser att personer med psykiska problem får professionell hjälp inom vården (Hansson 2010), och det är uppenbart att dagens svenska psykiatri har problem och behöver återupprätta ett förtroende. Det är flera kritiker som påtalat att professionens nära kontakt med industrin leder till trovärdighetsproblem och det är kanske dags att försöka förändra den relationen. Om lösningen på problemen är läkemedel med tvetydiga biverkningar innebär det att man försöker lösa ett folkhälsoproblem lösas ett annat. Depressioner beskrivs nämligen idag som ett ökande folkhälsoproblem, men samtidigt börjar även dess behandling med läkemedel benämnas som ett eget potentiellt folkhälsoproblem, nämligen läkemedelsberoende. Vi behöver därför ha tydligare och bättre utarbetade sätt att tänka kring den ökande fokuseringen kring psykisk ohälsa som ett folkhälsoproblem, och för att veta vilka förebyggande metoder som är tänkta att användas.

Referenser

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourt Edition, Text Revision*. Washington, D.C.; American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2010) DSM-V: The future manual.
<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMV/DSM.aspx> Hämtat 2010-01-23
- Apoteket AB (2006) Försäljningsstatistik. <http://www.apoteket.se> Hämtat 2009-10-28
- Barry, M., och Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Beaglehole, R. (2003). Preface. I R. Beaglehole, *Global public health: a new era*. New York: Oxford University Press.
- Beaglehole, R., och Bonita, R. (2008). *Public health at the crossroads: achievements and prospects. Second edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bengtsson, B-O., (1999) *Genetik och politik. Berättelser om en vetenskap mitt i samhället*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Beresford, P och Wilson, A (2002) Genes spell danger: mental health service users/survivors, bioethics and control. *Disability & Society*, 17, 5, 541-553
- Biddle, S.J.H och Mutrie, N. (2001) *Psychology of Physical Activity. Determinants, well being and interventions*. London: Routledge.
- Breslau, N., et al. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 39, 411-418.
- Bridge, J. A., et al. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A Meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* , 297 (15), 1683-1696.
- Brante, T. (2006) Den nya psykiatrin: exemplet ADHD I Hallerstedt, G (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Broberg, G. och Tydén, M. (2005). *Oönskade i folkhemmet. Rashygien och sterilisering i Sverige*. Stockholm: Dialogos Förlag.
- Carlberg, I. (2008) *Pillret, en berättelse om depression och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader*. Stockholm: Norstedts.
- Chang, P. P., et al. (1997). Insomnia in young men and subsequent depression. *Am J Epidemiol*, (146), 2, 105-114.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Ann. Rev. Sociol*, 18, 209-232.

- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour*, 46, 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. och Leiter, V. (2004) Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*; 45, 158-176
- Conrad, P. och Schneider, J W. (1992) *Deviance and medicalization. From badness to sickness. Expanded edition*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cosgrove, L., et al. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 75, 154-160.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in one generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health* Geneva: World Health Organization.
- Culver, C. M., och Gert, B. (1982). *Philosophy in Medicine. Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*. Oxford: Oxford University press.
- Davis, E. och Burdett, J. (2004). Att förebygga schizofreni. Att skapa förutsättningar för friskare samhällen. I J. Read, L. R. Moshier, & R. P. Bentall, *Galenskapens gåta. Psykologiska, sociala och biologiska modeller för schizofreni*. Dualis.
- Detels, R. och Breslow, L. (2004). Current scope and concerns in public health. I R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, & H. Tanaka, *Oxford textbook of public health* (ss. 3-20). Oxford : Oxford University Press.
- European Commission. (2005). *Green paper. Improvning the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. COM 484: Health & Consumer Protection Directorate - General.
- Foucault, M. (1994). *The birth of the clinic. An archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books Edition.
- Foucault, M. (2001). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag.
- Gibbons, R. D., Brown, C. H., och Hur, K. (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* , 164, 1356-1363.
- Goffman, E. (2004). *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Hacking, I. (2000). *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales.

- Hammad, T. A., Laughren, T., och Racoosin, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 332-339.
- Hammarström, A. och Hensing, G. (2008). *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Arbetsmarknad, maskulinitet, medikalisering och könsrelaterat våld*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut (rapport nr 2008:8).
- Hanson, L. (2010). *Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. En befolkningsundersökning 2009*. Myndigheten för handikappolitisk samordning.
http://www.handisam.se/upload/attityd/dok/Befolkningsstudie_attityder_2009.pdf
 Hämtat 2010-01-28
- Haslam, N. (2005). Dimensions of Folk Psychiatry. *Review of General Psychology*, 9, 1, 35-47
- Healy, D. (1997). *The Antidepressant Era*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Helgason, T., et al. (2004). Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data. *British journal of psychiatry*, 184, 157-162.
- Helman, C. (2007). *Culture, health and illness. Fifth edition*. Oxford: Oxford University press.
- Henriksson, S., et al. (2006). Infrequent use of antidepressants in depressed individuals (an interview and prescription database study in a defined Swedish population 2001-2002). *European Psychiatry*, 21, 355-360.
- Holland, S. (2007). *Public Health Ethics*. Cornwall: Polity Press.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Horwitz, A. V. och Wakefield, J. C. (2005). "The age of depression." *Public interest*, Winter, 39-58
- Horwitz, A.V. och Wakefield, J. C. (2007). *Loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press
- Illich, I. (2002). *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Ioannidis, J. P. (2008). Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 3 (14)
- Isacson, G., et al. (2009). Decrease in suicide among the individuals treated with antidepressants: a controlled study of antidepressants in suicide, Sweden 1995-2005. *Acta Psychiatr Scand*, 120, 37-44.
- Jacobsson, L. (2010). Själv mord är inte enbart psykiatrins ansvar! *Läkartidningen*, 3, 107, 84-85

- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.
- Johannisson, K. (1994) *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts förlag.
- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum. Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Falun: Albert Bonniers förlag
- Jonasson, U. och Jonasson, B. (2006). *Beroendeskapande läkemedel - ett folkhälsoproblem som ökar*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Järhult, B (2009). Biverkningslarm och ödmjukhet inför det okända. I Melander, A & Nilsson, J.G.G (red) (2009) *Läkemedelsanvändning & patientnytta*. Lund: Studentlitteratur
- Kutchins, H. och Kirk, S. A. (1997). *Making US crazy. DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.
- Kärfve, E (2006). Den mänskliga mångfalden – diagnosen som urvalsinstrument. I Hallerstedt, G (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos
- Kärfve, E. (2001). *Hjärnspöken: DAMP och hotet mot folkhälsan*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag Symposium.
- Lager, A. (2008). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Last, J. M. (2007). *A dictionary of public health*. New York: Oxford University Press.
- Lindqvist, R (1997). Medikalisering och välfärdsstat. I Lindqvist, R (red.) *Medikalisering, professionalisering och hälsa. Ett sociologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Markle, G. E. och McCrea, F. B. (2008). *What if medicine disappeared*. Albany: State University of New York Press.
- Meijer, W. E., et al. (2004). Incidence and determinants of long-term use of antidepressants. *Eur J Clin Pharmacol* , 60,1, 57-61.
- Melander, A och Nilsson, J.L.G. (2009a). Marknadsföring av läkemedel – inriktning och effekter. I Melander, A & Nilsson, J.G.G (red) *Läkemedelsanvändning & patientnytta*. Studentlitteratur: Lund.
- Melander, A och Nilsson, J.L.G. (2009b). Svåra behandlingsområden. I Melander, A & Nilsson, J.G.G (red) *Läkemedelsanvändning & patientnytta*. Lund: Studentlitteratur
- Melander, A och Nilsson, J.L.G. (2009). Inledning. I Melander, A & Nilsson, J.G.G (red) *Läkemedelsanvändning & patientnytta*. Lund: Studentlitteratur
- Moussavi, S., et al. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Survey. *Lancet*; 370, 851-858

- Moynihan, R., och Cassels, A. (2005). *Selling sickness. How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books.
- Moynihan, R., Heath, I., och Henry, D. (2002). Selling sickness. The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal* , 324 (7342), 886-91.
- Naidoo, J., och Wills, J. (2000). *Health Promotion. Foundations for Practice. Second Edition*. London: Harcourt Publishers Limited.
- Ottosson, J. O. (2005). *Psykiatrisk etik*. Stockholm: Liber AB.
- Ortsäter, A (2005). Läkemedelsberoende ur patientperspektiv. I Richt, B och Tegern, G (Red) Sjukdomsvärldar. *Om människors erfarenheter av kroppslig ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Patton, G. C., et al. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374, 881-892
- Pick, D. (1999). *Faces of degeneration. A European disorder, c. 1848-c.1918*. Cambridge: Cambridge University Press
- Pies, R. (2008). The anatomy of sorrow: a spiritual, phenomenological and neurological perspective. *Philosophy, ethics and humanities in medicine*. 17, 3
- Pilgrim, D., och Bentall, R. (1999). The medicalisation of misery: a critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of mental health* , 8 (3), 261-274.
- Porter, D. (1994). Introduction. I D. Porter, *The history of public health and the modern state* Amsterdam: Rodopi.
- Porter, R (1996). Introduction. I Porter, R (ed.) *The Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press
- Porter, D. (1999). *Health, civilization and the modern state* . New York: Routledge.
- Ringbäck Weitoft, G., och Rosén, M. (2005). Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *J. Epidemiol. Community Health* , 794-798.
- Riving, C (2008). *Icke som en annan människa – Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Hedemora/Möklinta: Gidlunds förlag
- Rose, G. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine*. New York: Oxford University Press.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties* , ss. 465-484.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twentieth century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.

- Rosen, G. (1993). *A history of public health. Expanded edition*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Sachs, L. (2002). *Från magi till bioteknik. Medicinsk antropologi i molekylärbiologin tidevarv*. Lund: Studentlitteratur.
- Scheff, T. (2007). *Being mentally ill. A sociological theory. Third edition*. New Brunswick & London: Aldine transaction.
- Scull, A. (1979). *Museums of madness. The social organization of insanity in nineteenth century England*. London: Allen Lane.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Sjöström, B. (1992). *Kliniken tar över dårskapen. Om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Göteborg: Daidalos.
- Sobocki, P., et al. (2006). Cost of depression in Europe. *The journal of mental health policy and economics*, 9, 87-98.
- Sobocki, P. et al. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, 22, 146-152
- Socialstyrelsen. (2006). *Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Rapport 2004-103-3*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens offentliga utredningar. (2006). *SOU 2006:100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Regeringen.
- Stefansson, C.-G. (2006). Chapter 5.5: Major public health problems - mental ill-health. *Scandinavian Journal of Public Health, Suppl 67* (87-103)
- Stockholms läns landsting (2007). *Folkhälsorapport 2007*. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Avdelningen för folkhälsoarbete.
- Susser, E., et al. (2006). *Psychiatric epidemiology. Searching for the causes of mental disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Svenaesus, F. (2007). Do antidepressants affect the self? A phenomenological approach. *Medicine, health care and philosophy*, 10, 153-166.
- Svenaesus, F. (2008). *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen*. Bokförlaget Nya Doxa: Riga.

- Svensson, R. (1993). *Samhälle medicin vård. En introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, T. (2005). Psykiatri eller inte? Radikal psykiatrikritik under 1960- och 1970-talen. I L.-C. Hydén, *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund : Studentlitteratur.
- Szasz, Thomas S (1974) *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row publishers.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* , 4 (373-388).
- Wakefield, J. C. (2006). Are there relational disorders? A harmful dysfunction perspective: Comment on the special section. *Journal of Family Psychology*, 20, 423-427
- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* , ss. 149-156.
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2007). *Mental health: strengthening mental health promotion.*,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> Hämtat 2008-12-11
- WHO. (2007). *Production of ICD-11: The overall revision process*
<http://www.who.int/classification/icd/ICDRevision.pfd> Hämtat 2010-24-01
- WHO. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H.-U. and Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology* , 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U., et al. (2003). Depressive episodes.-evidence for causal role of primary anxiety disorders? *European Psychiatry*, 18, 384-393.
- Zachar, P., och Kendler, K. S. (2007). Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. *American Journal of Psychiatry* , ss. 557-565.