

Hälsosociologins diskurs och konstruktionen av hälsofrågor i offentligheten

Hälsosociologin befinner sig i ett dynamiskt skede. Orsaken är inte förekomsten av nya teoretiska perspektiv eller metoder. Tvärtom, orsaken är att vi har återgått till de centrala frågorna som redan berördes på 1950-talet – läkarkårens makt och de diagnostiska kategoriernas karaktär. På 1950-talet grundades det vetenskapliga fältet, som länge bar namnet medicinsk sociologi, av den struktur-funktionalistiska ansatsens representanter inom amerikansk sociologi. Talcott Parsons verk *The Social System* (1951) var grundläggande för områdets uppkomst. Tiden var konservativ inte bara vad beträffar politiskt utan också socialt och kulturellt klimat. Det var McCarthyismens tid, då den amerikanska manligheten skulle återanpassas till det efterkrigstida samhället. Den kritik som riktats mot Parsons är mer en produkt av samtida konservativ tolkning av hans verk än det som står i Parsons egna, stundom mycket samhällskritiska texter om den amerikanska familjen och den amerikanska läkarkåren. Ett faktum kvarstår: Parsons skildrade läkaren och patienten/konsumenten som innehavare av normativa roller och rollinnehavarna förblev abstrakta.

Det var representanter för ett konfliktperspektiv, i form av en interaktionistisk och socialkonstruktionistisk ansats, som gav rollerna konkreta innehavare i början på 1970-talet. Man ställde sig frågan, hur skapas expertkunskap och den legitimitet som läkarna åtnjuter och hur skapas de diagnostiska kategorier enligt vilka patienterna klassificeras? Inom professionsforskningen och hälsosociologin var Eliot Freidsons verk om läkarkårens kunskapsmonopol, lanserad i boken *Profession of Medicine* år 1970, banbrytande (Bosk 2006). Mer inflytelserik skulle Irving Zolas till synes anspråkslösa och korta essä bli, en essä benämnd "Medicine as an institution of social control", som utkom i den brittiska tidskriften *Sociological Review* år 1972.

Trots att både Freidson och Zola presenterade en likadan bild av läkarnas expertkunskap och av sjukdomskategoriernas sociala karaktär, blev det Zola som fått äran av att vara den som myntat

begreppet *medikalisering*. Med begreppet medikalisering fick konsumenterna av hälsovård ett analytiskt redskap för att förstå sin egen ställning inom ett hälsovårdssystem som till synes präglades mer av läkarnas och myndigheternas makt än av en demokratisk anda av att tillmötesgå patienternas egna vårdbehov och önskemål. Medikaliseringsbegreppet blev sålunda en analytisk referensram för hur individerna kunde analysera det omgivande samhället. Begreppet gav dem ett språk genom vilket de kunde reflektera över sin livssituation. Det här var den uppgift som C. Wright Mills gav sociologin i sin bok *The Sociological Imagination*, som utkom år 1959. Här skiljde Mills mellan *personliga problem* och *generella problem*. Mills ansåg att sociologins uppgift var att få individerna att lokalisera sina egna personliga bekymmer i ett vidare strukturellt sammanhang och definiera sina personliga bekymmer som en del av pågående sociala och strukturella förändringar i samhället. Det är den här uppgiften sociologin inte helt har axlat. I synnerhet har den nordiska sociologin mer stått i beslutsfattarnas tjänst i uppbyggandet av välfärdstatens institutioner och program än att ge konkreta analytiska redskap för lekmän att tolka sin livssituation.

Sociologin har en rätt anspråkslös historia när det gäller att påverka allmänheten. Sociologerna bidrog med begreppet "könsroll" som har införlivats i det allmänna ordförrådet, även om sociologerna i dag har mer besvär än glädje av att ha introducerat begreppet. Psykologin, i synnerhet hälsopsykologin, har däremot varit mycket framgångsrik i att skapa begrepp som används av lekmän för att orientera sig i vardagsverkligheten. Hälsopsykologin har skapat ett språk, som Nikolas Rose (1997: 237) har kallat "grammars of speaking", för att tolka det moderna jaget, ett jag som försöker navigera mellan höga ambitioner, den förändrade arbetsmarknadens villkor och en förändring av familjeinstitutionen. Såsom Rose uttrycker det: "det psykologiska språket är en del av den moderna själens nyckelkomponenter".

Hälsopsykologin har fångat det moderna livets kärnfrågor och gett ett språk – begrepp och representationer – för att beskriva och tolka det moderna livsättet och individens plats i det existerande sociala och psykologiska rummet. Hälsopsykologin har därmed hjälpt individerna att konstruera sig själv som objekt för självreflektion och självdiagnos. Ett talande begrepp är ”stress” och ”burn-out”, som har gett dagens individer begrepp för att beskriva en brist i balansen mellan arbetets och privatlivets krav. Begreppet ”stress” härrör sig från amerikanska studier som gjordes under 1960-talet och 1970-talet och resultaten baserades på en population bestående av enbart medelklassmän. De underliggande antagandena presenterades i biologiska termer, men det var dock fråga om ett hot mot den tidens uppfattningar om medelklassmannens privilegier: maskulinitet var entydigt med autonomi och en känsla av kontroll över tillvaron. Normativ maskulinitet – vad vi i dag skulle kalla hegemonisk maskulinitet – ställde autonomi och kontroll som måttstock på graden av manlighet – och därmed förmodad mänsklighet. Förändringar i den amerikanska ekonomin på 1950-talet ledde till att en hel generation av amerikanska medelklassmän fick lov att anpassa sig till nya arbetsvillkor i en ekonomi som styrdes av stora nationella företag. Småföretagarkapitalismen var inte längre den dominerande ekonomiska formen. ”Burn-out” blev en term för att skildra hur män, som arbetade inom organisationer där de inte längre kunde styra arbetets villkor, upplevde sin maktlöshet – och bristande manlighet (Riska 2004). Att de här begreppen senare har använts för att skildra kvinnors ställning på arbetsmarknaden är en intressant överföring av begrepp till en annan grupp.

Men hälsopsykologins begrepp är generiska begrepp – de tar inte ställning till kön, sexuell läggning, etnicitet och socioekonomisk ställning. Kanske just därför har hälsopsykologins termer accepterats mer villigt av en medelklass som har kunnat identifiera sig med de frågor om individuell autonomi som underliggjer en hel del av det modellbyggande och språk, av typen ”burn out”, som hälsopsykologin förespråkar.

Men även då sociologerna har undersökt frågor på individuell nivå, har deras begrepp inte attraherat eller blivit en del av den allmänna diskursen. Låt mig ge ett exempel: den brittiske hälsosociologen Mike Burys artikel om kronisk sjukdom som ett ”biografiskt avbrott” (biographical disruption), som publicerades i *Sociology of*

Health and Illness år 1982, har den högsta science citation index bland alla de artiklar som publicerades i tidskriften *Sociology of Health and Illness* under åren 1979–2001 (Armstrong 2003). Trots detta har Burys begrepp ”ett biografiskt avbrott” inte fångat allmänhetens uppmärksamhet på samma sätt som begreppen ”burn-out” och ”stress”, vilka lanserats inom hälsopsykologin. Att säga ”jag är stressad” eller ”jag är utbränd” förstås genast av omgivningen: uttalandet antyder att du förlorat din självkontroll och omgivande yttre faktorer har gjort dig sårbar, både emotionellt och fysiskt. Men att säga ”jag upplever ett biografiskt avbrott” skulle inte förstås av andra än trogna läsare av *Sociology of Health and Illness* och även de skulle troligen uppfatta uttalandet mer som ett skämt än som ett uppriktigt erkännande.

Hälsosociologin önskar gärna representera de underprivilegierade grupperna, men ironiskt nog är det oftast de personer som representerar en medelklass, som lystrar till sociologins begrepp. Det här gäller även begreppet ”medikalisering”, som har appellerat till en medelklass som har önskat utnyttja sin köpkraft och sitt självbestämmande vid val av hälsovårdstjänster.

Bristen på självbestämmanderätt har varit ett centralt tema i begreppet medikalisering. Begreppet medikalisering, åtminstone i grov mening, har antytt att individen är ett ”offer” för hälsovårdens experter och strukturer. Begreppet medikalisering kom att ha en stor betydelse för förståelsen av biomedicinens ställning under 1970- och 1980-talen. Begreppet hör till ett av de få av hälsosociologins termer som har införlivats i det allmänna språkbruket. Den tidiga versionen av medikaliseringstesens hade en könsneutral mening och utgick från antagandet om att individens existens i allt högre grad styrs av den medicinska expertkulturen. Medikaliseringstesens fick snabbt en allt mer könsspecifik prägel: det var huvudsakligen kvinnor som var ”offer” för medikaliseringssprocessen (Riska 2003). Orsaken till denna könsspecifika tolkning av medikaliseringshypotesen var den feministiska kritiken av hälsovården och den medicinska kunskapen, en kritik som började ungefär samtidigt som medikaliseringstesens introducerades i mitten på 1970-talet.

Medikaliseringsbegreppet blev en tolkningsram som användes av feministiska kritiker i deras analys av hälsovårdens oförmåga att förse kvinnor med den typ av primära hälsovårdstjänster som ansågs möta kvinnors behov och önskemål.

Huvudproblemet ansågs vara den mansdominerade läkarkåren, som reproducerade manssamhällets patriarkala normer. En annan orsak var av kunskaps sociologisk karaktär: den medicinska kunskapen kritiserades för att den byggde på den manliga kroppen som måttstock. Kvinnokroppen blev därmed patologisk eller ointressant. Medikaliseringens begreppet tjänade sålunda som en mobiliserande faktor. Begreppet erbjöd ett språk för att artikulera en ny förståelse och för att mobilisera kvinnor då de krävde och själva började skapa ny ”vetenskaplig” kunskap om kvinnokroppen och nya vårdformer. De kollektiva åtgärder och den kollektiva kvinnokunskap som mobiliserades har i amerikansk tappning kallats för kvinnornas hälsorörelse – ”women’s health movement” – som varade under 1970- och 1980-talen. Så inflytelserik blev den här medikaliseringsdiskussionen att man fortfarande förknippar medikaliseringsbegreppet med medikaliserings av kvinnors hälsobehov och ”kön och hälsa” (på engelska ”gender and health”) med kvinnors hälsa.

I de nordiska länderna har begreppet medikaliserings inte haft samma genomslagskraft som i det amerikanska och brittiska samhället. Primärvården i de nordiska länderna har inte varit lika läkarfokuserad och en hel del av mödravården och barnvården har skötts av kvinnodominerade hälsoprofessioner, så som hälsovårdare och barnmorskor. Det var först då screeningverksamhet för bröstcancer och för fosterdiagnos påbörjades i större skala i slutet på 1980-talet som medikaliseringsbegreppet började användas. Här har diskussionen också varierat mellan de nordiska länderna, bl.a. har den feministiska kritiken av hälsovården och av all form av screeningverksamhet som gällt kvinnokroppen varit mer radikal i Danmark än i de övriga nordiska länderna.

Medikaliseringsbegreppet har genomträngt nyhetsvallen – det tillämpas i medier, dagstidningar och i veckopressen. Men som alla lyckade begrepp, som myntas av en vetenskapsgren, har den allmänna diskursen tagit över begreppet och det verkar som om hälsosociologerna inte längre kan styra dess tillämpning. I dag är det fortfarande 1970- och 1980-talens grova version av medikaliseringsbegreppet som syns i medierna och i det allmänna språkbruket – individen är ett offer för läkarkårens och den akademiska medicinska vetenskapens medikaliseringsiver.

Under tiden har hälsosociologerna och genusforskarna själva utvecklat begreppet, i synnerhet

under de senaste fem åren. Veteranen inom fältet Peter Conrad (2005) talar om medikaliserings olika drivkrafter (”engines of medicalization”) och visar att medikaliserings första fas förknippades med läkarkåren. Därefter kom en fas då patient- och konsumentorganisationer fick mer makt och bevakade sina intressen genom att kräva en medikaliserings av sina tills dess medicinskt sett icke erkända symptom för att få medicinsk behandling. I dag drivs medikaliserings, hävdar Conrad, av internationella läkemedelsbolag, och både läkarna och konsumenterna har förlorat sin makt i att påverka diagnoser och behandlingsmetoder.

Samma tankegångar företräds av *biomedikaliserings* föreläsare, bl.a. Adele Clarke och hennes forskargrupp (2003). Även om Conrads och Clarkes tankegångar är de samma, skiljer sig Clarke och Conrad från varandra vad gäller den teoretiska referensramen. Peter Conrad håller sig till den klassiska socialkonstruktivistiska ansatsen, medan Adele Clarkes forskargrupp förankrar sina analyser i poststrukturalistiska teorier och genusteorier. Enligt den klassiska medikaliseringsbegreppet föreläsare, t.ex. Peter Conrad, existerar en social verklighet och vetenskaplig sanning, vilka det gäller att värna eller avslöja. Biomedikaliseringsbegreppet föreläsare pekar på att det är denna myt som dagens medikaliserings genom biovetenskapen och stora läkemedelsföretag tar som utgångspunkt och förädlar. Det är fråga om en form av ”teknoromantisism” (Letiche 2002) i den meningen att nya läkemedel och nya behandlingar antas hjälpa oss att uppnå den ”naturliga” ordningen. Ett läkemedel säljs i dag som ett sätt med vars hjälp konsumenten kan återetablera den ”naturliga” länken mellan kroppen och god hälsa (Rose 2001). Kritikerna har ansett att läkemedelsindustrin och biovetenskapen skapar en hyperrealitet – en kommersialiserad kulturell konstruktion – som är en illusion och imitation av idealet i sökandet efter en mytisk verklighet (Croissant 2006). Enligt den här tolkningen är dagens stora läkemedelsgrupper antidepressiva och sexuella potensläkemedel livsstilsläkemedel och förbättringsteknologier snarare än botande läkemedel (Fraser 2001, Elliott 2003). Det har enligt Nikolas Rose (2001: 21–22) uppstått ett ”biologiskt medborgarskap” som definieras som en universell mänsklig rättighet för att en individ skall kunna fatta beslut och val om det biologiska. Utgångspunkten för detta tänkande är att biologisk olikhet inte längre skall utgöra ett hin-

der för jämställdhet. Syftet är att stärka individens förmåga att själv uppnå maximal prestation och därmed förverkliga sig själv, vare sig det är fråga om yrke, psyke eller sexuell prestation. Prozac och Viagra har använts som metaforer och kulturfenomen för att exemplifiera den nya formen av medikalisering – biomedikaliseringen. Viagra och i synnerhet de senare läkemedlen Cialis och Levitra har i amerikansk reklam satt ett likhetstecken mellan sexuell prestationsförmåga och mäns hälsa. Medikaliseringen av de heterosexuella männens sexualitet genom Viagra-fenomenet (Tiefer 2006, Loe 2004) har under de senaste åren varit ett centralt ämne bland biomedikaliseringstesens förespråkare.

Kommer begreppet biomedikalisering att nå allmänheten? Jag betvivlar, men termen har inom hälsosociologin satt i gång en ny teoretisk diskussion och en intressant forskning kring högaktuella vardagsfenomen – sexualitet och psykisk välfärd. Här kunde ett bättre begrepp än biomedikalisering kanske ha haft en större genomslagskraft både inom den akademiska och den allmänna diskursen.

SLUTSATSER

Hälsopsykologin har förmått fånga den oro som skapas av den moderna livsföringen och översätta dessa stämningar till representationer och omforma dem till vetenskapliga fakta om oss själva. Sociologins uppgift borde också vara att fånga människors ångest och vardagsverklighet. Sociologerna verkar vara skickliga på att skapa abstrakta begrepp som saknar aktörer och på att beskriva en kropp som är en markör men som saknar upplevd hälsa. För över 45 år sedan varslade en sociologisk klassiker *Sociological Imagination* skriven av C. Wright Mills (1959) om att sociologins uppgift är att förstå den historiska bakgrunden och sammanhanget för individens handlande. Mills skiljde här mellan personliga och allmänna problem. Det verkar som om det uppstått en arbetsfördelning mellan hälsopsykologin och hälsosociologin i det här avseendet. Hälsopsykologin har skapat sin vetenskapliga diskurs kring ”personliga bekymmer”, medan hälsosociologins vetenskapliga diskurs kretsar kring de ”allmänna problemen”. Hälsosociologerna har däremot inte varit lika framgångsrika som hälsopsykologerna i att översätta respektive frågor i sin vetenskapsgren för allmänheten och i att kommunicera med allmänheten.

Då hälsosociologerna forskar borde de ägna

mer tid åt att skapa begrepp som fångar allmänhetens intresse och som ger individer en möjlighet att översätta sina personliga problem till allmänna frågor. Sociologin har fortfarande en viktig uppgift att söka fakta för att med hjälp av dem peka på sociala och kulturella förändringar. Sociologer borde dock börja ge sina deskriptiva resultat slagkraftiga termer, begrepp som sedan kan tjäna som analytiska redskap för andra än enbart forskarna själva. Om hälsosociologerna skapar analytiska begrepp och kategorier lika framgångsrikt som hälsopsykologin så kan de hjälpa allmänheten att definiera och reflektera över de strukturella spänningar och konflikter som skapas av individernas ställning i den ekonomiska ordningen och den hierarki som bildas av könsordningen och klassordningen. Hälsosociologerna borde därför sträva efter att formulera vetenskapliga begrepp, som finner sin väg till den allmänna diskursen. I de här strävandena är resultaten av kvalitativa studier väl ägnade att göra dem till banbrytare. Denna typ av undersökningar fokuserar på det upplevda och på den sociala existensen och har därför en potential vid överbyggandet av klyftan mellan det vetenskapliga språket och vardagspråket.

Anförande hållet vid konferensen ”Omalla äänellä? Laadullisen terveystutkimuksen yleisöt”, organiserad av Laadullisen terveystutkimuksen verkosto (LATE), 8.9.2006, Helsingfors. Delar av anförandet har översatts från plenarföredraget ”Bringing the “mind” back in? The relationship between health and society” presenterat vid British Sociological Associations Medical Sociology grupps 35. årsmöte i York, England, 26–28.9.2003.

LITTERATUR

- Armstrong D. The impact of papers in Sociology of Health and Illness: A bibliographic study. *Sociol Health Ill* 2003;25:(Silver anniversary issue):58–74.
- Bosk CL. Avoiding conventional understandings: The enduring legacy of Eliot Freidson. *Sociol Health Ill* 2006;28:637–53.
- Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman Jennifer R. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *Am Sociol Rev* 2003;68:161–94.
- Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav* 2005;46:3–14.
- Croissant JL. The new sexual technobody: Viagra in the hyperreal world. *Sexualities* 2006;9:3:333–44.
- Elliott C. *Better than Well: American Medicine meets the American Dream*. W.W. Norton & Company, New York 2003.
- Fraser M. The nature of Prozac. *History of the Human Sciences* 2001;14:3: 56–84.

- Freidson E. *Profession of Medicine*. Mead and Company, New York 1970.
- Letiche H. *Viagra(ization) or technoromanticism*. *Consumption, Markets and Culture* 2002;5:3:247–60.
- Loe M. *The Rise of Viagra: How the Little Blue Pill Changed Sex in America*. New York University Press, New York 2004.
- Mills CW. *The Sociological Imagination*. Oxford University Press, New York 1959.
- Parsons T. *The Social System*. Free Press, New York 1951.
- Riska E. *Gendering the medicalization thesis*. Teoksessa Segal M, Demos V. (toim) *Advances in Gender Research: Gender Perspectives on Health and Medicine*. Elsevier, London 2003;7:59–87.
- Riska E. *Masculinity and Men's Health: Coronary Heart Disease in Medical and Public Discourse*. Rowman & Littlefield, Lanham 2004.
- Rose N. *Assembling the modern self*. Teoksessa Porter R. (toim.) *Rewriting the Self: Histories from the Renaissance to the Present*. Routledge, London 1997:224–48.
- Rose N. *The politics of life itself*. *Theory, Culture & Society* 2001;18:6:1–30.
- Tiefer L. *The Viagra phenomenon*. *Sexualities* 2006;9:3:273–94.
- Zola IK. *Medicine as an institution of social control*. *Sociol Rev* 1972;20: 487–504.

ELIANNE RISKÅ
PhD, Professor
Helsingfors universitet,
Svenska social- och kommunalhögskolan