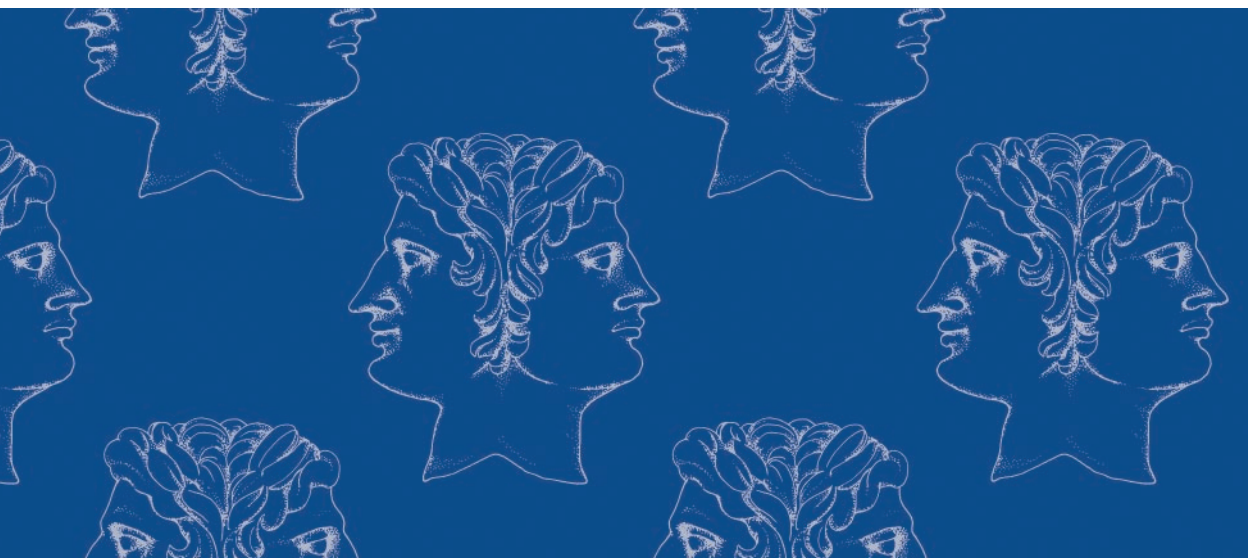




Vetenskapsrådet

DEPRESSIONENS JANUSANSIKTE – BIOLOGI OCH GENUS I SAMSPEL



DEPRESSIONENS JANUSANSIKTE

– biologi och genus i samspel

Konferensrapport

Redaktörer: Margareta Söderström & Jessica Rydén

DEPRESSIONENS JANUSANSIKTE – BIOLOGI OCH GENUS I SAMSPEL

Rapporten kan beställas på www.vr.se/publikationer

VETENSKAPSRÅDET

103 78 Stockholm

© Vetenskapsrådet

ISSN 1651-7350

ISBN 91-7307-076-9

Omslagsillustration: Nationalencyklopedin/AB Typoform.

Grafisk Form: Erik Hagbard Couchér, Vetenskapsrådet

Tryck: CM Digitaltryck, Sverige 2005

FÖRORD

Vetenskapsrådet har i uppdrag att stödja genusforskning och att verka för att genusperspektiv får genomslag i forskningen. En tvärvetenskaplig kommitté underställd Vetenskapsrådets styrelse har tillsatts för att utföra denna uppgift.

I december 2004 anordnade Vetenskapsrådets kommitté för genusforskning en workshop/konferens med titeln "Depressionens janusansikte – biologi och genus i samspel". Konferensen var ett steg i genuskommitténs strävan att överbrygga olika synsätt som råder mellan biomedicinens och genusforskningens förståelse av kvinnors och mäns sjukdomar. Vid detta tillfälle diskuterades och granskades teorier om depressionssjukdomar. En mindre grupp forskare från flera olika discipliner hade inbjudits att utifrån sina perspektiv och erfarenheter diskutera frågan om kvinnors och mäns depression.

I föreliggande skrift presenteras föredrag och diskussionsinlägg från konferensen.

Dagen inleddes med en resumé över medicinens och de biologiska vetenskapernas historia vad gäller förklaringar av och orsaker till att kvinnor förefaller sjukare och sårbarare än män. Sedan presenterades och diskuterades vår samtids kunskap om och förståelse av depressionen utifrån psykoanalysens, psykiatriens, biomedicinens, den moderna genetikens och genusforskningens perspektiv.

Under diskussionen pekade vissa forskare på det faktum att forskningen om depressioner huvudsakligen sker inom psykiatri och sekundärvård medan de flesta patienter behandlas av allmänläkare inom primärvården. Detta kan medverka till att skapa problem. De framförde synpunkten att mera sammansatta arbetsmodeller behöver utarbetas och att integrering av olika perspektiv bör uppmuntras för att utveckla tänkandet liksom förståelsen och behandlingen av depressioner. Genusforskarna betonade att genusperspektiv behöver föras in i den kliniska vardagen bland annat för att komma bort från medikalisering av kvinnors existentiella problem.

Vetenskapsrådet och dess kommitté för genusforskning vill tacka alla medverkande. Ett särskilt tack till docent Margareta Söderström, ledamot i Vetenskapsrådets kommitté för genusforskning för hennes arbete med att arrangera konferensen. Förhoppningen är att föreliggande rapport skall inspirera forskare, och praktiskt verksamma inom vården till att vidta lämpliga åtgärder för att integrera forskning inom olika specialområden med kunskaper från det genusvetenskapliga fältet.

Gunnel Gustafsson
Biträdande GD
Vetenskapsrådet

Britta Lundgren
Ordförande
Vetenskapsrådet kommitté för genusforskning

INNEHÅLL

INBJUDAN, PROGRAM OCH DELTAGARE	6
INLEDNING	10
Margareta Söderström	
FÖREDRAGEN	13
Den bedöva(n)de kvinnligheten – ett historiskt perspektiv	13
Karin Johannisson	
Psykoanalytiska aspekter på depression hos kvinnor och män	17
Johan Beck-Friis	
I spänningsfälten mellan biologi och kultur – en vetenskapsanalys av könskonstruktioner vid depression	20
Anne Hammarström	
Stress, utmattning och depression hos kvinnor och män	24
Marie Åsberg	
Könets deprimerande betydelser: genusteoretiska granskningar av forskning om depression och kön	31
Eva Magnusson	
Könsparadoxen – Varför tar dubbelt så många män som kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade?	35
Susanne Ringskog-Vagnhammar	
Deprimerad var jag under de perioder då jag togs för given	40
Gunilla Carlstedt	
Samma gener, samma ärftlighet hos kvinnor och män?	45
Nancy Pedersen	
DISKUSSIONEN	49
Depression i klinisk praktik och forskning	49
Förklaringar till mäns och kvinnors depressioner	53
Forskning och vetenskapssyn	59

INBJUDAN, PROGRAM OCH DELTAGARE

Stockholm den 24 november 2004

Vetenskapsrådets kommitté för genusforskning inbjuder till konferensen

Depressionens janusansikte – biologi och genus i samspel

Tid: onsdagen den 1 december 2004,

Plats: Vetenskapsrådet, Stockholm, Regeringsgatan 56, Sal: Berzelius, nb

Tack för ditt löfte att medverka i konferensen om depression! Vi bifogar program för konferensen och deltagarförteckning. Under dagen kommer olika perspektiv på depression diskuteras. Målsättningen med föreläsningarna, i vilka olika vetenskapsområden är representerade, är att öppna en diskussion om samspel mellan biologi och genusperspektiv för denna sjukdomsgrupp.

Eftersom antalet deltagare är lagom stort hoppas vi att alla aktivt bidrar till diskussionen.

Varmt välkomna!

Margareta Söderström, docent

*Ledamot i Vetenskapsrådets
kommitté för genusforskning*

Vera Novakova, fil dr

*Forskningssekreterare
Vetenskapsrådet*

Depressionens janusansikte – biologi och genus i samspel

Tid: Onsdagen den 1 december 2004

Plats: Stockholm, Vetenskapsrådet, Regeringsgatan 56,
rum Berzelius, plan nb

Program

- 09.30 Registrering, kaffe
- 10.00 Välkomna, introduktion, presentation
Birgit Antonsson, Margareta Söderström
- 10.15 Den bedöva(n)de kvinnligheten – ett historiskt perspektiv
Karin Johannisson
- 10.30 Psykoanalytiska aspekter på depression hos kvinnor och män
Johan Beck Friis
- 10.45 Diskussion
- 11.15 I spänningsfälten mellan biologi och kultur – en vetenskapsanalys
av könskonstruktioner vid depression
Anne Hammarström
- 11.30 Stress, utmattning och depression hos kvinnor och män
Marie Åsberg
- 11.45 Diskussion
- 12.15 LUNCH
- 13.15 Könets deprimerande betydelser: hur olika föreställningar om var
”kvinnligt” och ”manligt” kommer ifrån påverkar bemötande och
behandling
Eva Magnusson
- 13.30 Könsparadoxen. Varför tar dubbelt så många män som kvinnor
sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade
Susanne Ringskog Vagnhammar
- 13.45 Diskussion
- 14.15 KAFFE
- 14.30 Deprimerad var jag under de perioder då jag togs för given
Gunilla Carlstedt
- 14.45 Samma gener, samma ärftlighet för depression hos kvinnor och män?
Nancy Pedersen
- 15.00 Diskussion
- 15.30 Att integrera genusperspektiv i medicin? Hur går vi vidare?
Margareta Söderström
- 15.45 Diskussion
- 16.15 Avslutning

Deltagare i konferensen

Birgit Antonsson	Docent, universitetslektor; Humanistiska institutionen, Örebro universitet.
Johan Beck-Friis	Psykiater; Stockholm.
Carita Bengs	Fil. Dr., universitetslektor; Sociologi, Umeå universitet.
Inger Blennow	Psykiater; Lund.
Gunilla Bohlin	Professor; Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.
Gunilla Carlstedt	Läkare, Med. dr.; Stockholm.
Johan Cullberg	Psykiater; Stockholm.
Ulla Danielsson	Ungdomshälsan; Umeå.
Katja Gillander Gådin	PhD, universitetslektor; Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Sundsvall.
Anne Hammarström	Professor, specialistutbildad läkare; Allmänmedicin, Institutionen för folkhälsa och medicin, Umeå universitet.
Birgitta Hoveliuss	Professor, distriktsläkare; Institutionen för medicin, Lunds universitet.
Karin Johannisson	Professor; Institutionen för idé- och lärdoms-historia, Uppsala universitet.
Thomas Johansson	Fil.dr. universitetslektor; Institutionen för socialt arbete Göteborgs universitet.
Arja Lethi	Adjungerad adjunkt, distriktsläkare; Allmänmedicin, Institutionen för folkhälsa och medicin, Umeå universitet.
Eva Magnusson	Fil.dr., docent, leg. Psykolog; Kvinnovetenskapligt forum, Umeå universitet.
Irene Matthis	Professor i klinisk neurovetenskap vid Umeå universitet och professor i psykoanalys.
Per Nettelbladt	Docent, överläkare; Psykiatri vid universitetssjukhuset i Lund.
Vera Novakova	Forskningssekreterare; Vetenskapsrådet, Stockholm.
Nancy Pedersen	Professor; Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska institutet, Stockholm.
Bodil Persson	Forskare, leg.läkare; Historiska institutionen, Lunds universitet.
Ann-Sofie Ohlander	Professor; Humanistiska institutionen, Örebro universitet.

Susanne Ringskog Vagnhammar	Psykiater: Stockholm och Lund.
Pia Siirala	Forskningsadministratör; Vetenskapsrådet, Stockholm,
Ulrika Skoger	Psykolog; Stockholm,
Katarina Swahnberg	Forskningsassistent, Avdelning för genus och medicin, Linköpings universitet
Margareta Söderström	Docent, universitetslektor, distriktsläkare; Institutionen för medicin, Lunds universitet och Institutionen for sundhetsvetenskap/avdelning för Almenmedicn, Köpenhamns universitet, Danmark.

INLEDNING

I december 2004 anordnade Genuskommittén vid Vetenskapsrådet ett seminarium med syfte att skapa ett forum för forskare och kliniker i medicin, psykologi, historia samt idé- och lärdoms historia att diskutera sjukdomen depression, där biologisk förståelse av sjukdomen fick brytas mot genusvetenskaplig förståelse.

De åtta föredragshållarna uppmanades att med utgångspunkt i egen forskning inleda diskussionen med ett anförande om hur man kan förstå och förklara varför kvinnor oftare än män är deprimerade. Genom att föreläsarna representerade olika vetenskapsområden kunde olika perspektiv brytas mot varandra. Diskussionen berörde flera dimensioner av depression som etiologi, diagnostik, behandling och klinisk praktik.

Depression anses som den fjärde vanligaste orsaken till ohälsa i världen. Även i Sverige ser det ut som om allt fler blir deprimerade trots att välbefinnande och livslängd ökat sedan mitten av 1950-talet. "Are we entering an age of melancholy?" frågar sig psykiatriprofessorn Olle Hagnell, efter att ha avläst resultaten från en insamlingsperiod i Lundbystudien, en longitudinell befolkningsstudie om psykisk ohälsa i Sverige.

Det är inte enkelt att med några få ord beskriva sjukdomsgruppen depression. Det finns flera olika former av depression. Depression kan delas upp i grupper och subgrupper. Bipolära depressioner (en annan benämning är manodepression) är mindre vanligt förekommande och drabbar kvinnor och män lika ofta. Unipolära depressioner är den vanligaste formen av depression och där återfinns fler kvinnor än män. För att underlätta gruppering och subgruppering av depressiva sjukdomar på ett enhetligt sätt används ett internationellt klassifikationssystem, DSM-IV. Klassifikationssystemet är detaljerat och används i huvudsak av psykiatriker. Allmänläkare, som också konsulteras av många patienter med depression, använder en mindre detaljerad klassifikation.

Samtal och antidepressiva mediciner är de vanligaste behandlingsmetoderna. Antidepressiva mediciner har funnits i många år. Medicinerna påverkar en eller flera signalsubstanser i hjärnan. SSRI-preparat, selektiva serotoninåterupptagshämmare, ökar upptaget av signalsubstansen serotonin. En annan grupp mediciner utgörs av tricykliska antidepressiva som använts sedan 1950-talet och som också påverkar kroppens signalsystem som serotonin och noradrenalin samt några andra signalsystem som är kopplade till biverkningar. Hos en del patienter fungerar tricykliska antidepressiva mediciner bättre än SSRI-preparaten och hos andra är det tvärtom. Men allt fler människor behandlas med antidepressiva mediciner.

Många patienter som söker läkare med symptom som kan vara en depression träffar allmänläkare. Det är inte ovanligt att primärvårdens läkare uppdateras om depressionsbehandling av läkemedelsindustrin enbart. Det påverkar naturligtvis läkares förskrivning av antidepressiva mediciner. Patienter idag känner också till antidepressionsmediciner och fråga efter dem. Medicinen har ingen omedelbar effekt på nedstämdhetssymptom. Den deprimerade kan uppleva en försämring av sitt tillstånd i början av behandlingen och en förbättring märks först efter en månad eller senare. En del patienter behandlas långvarigt med antidepressiva mediciner.

Varför en människa får depression är fortfarande oklart. Sedan mitten av 60-talet har en omfattande forskning bedrivits med syfte att klarlägga depressionens biologi. Med upptäckten att antidepressiva läkemedel, oavsett kemisk typ, påverkar omsättningen av vissa signalsubstanser i det centrala nervsystemet, så har forskningen tagit fart. Men det är svårt att studera effekter av depressionsmedicin på försöksdjur, eftersom depression är ett tillstånd vars diagnostik bygger på berättelser om känslor och tankar. Flera hypoteser har formulerats om depressionens neurobiologi. Ingen kan helt utslutas eller förklara allt.

Själva diagnostiken av depression är komplicerad eftersom depression är en fråga om subjektiva upplevelser, skattningar och hur de uttrycks och tolkas i sitt sociokulturella sammanhang. När blir nedstämdhet, som vi kan uppleva enbart genom att leva (med motgångar, sorger och bekymmer), en depression? Sjukdomen depression omgärdas således av många frågetecken och att integrera genusteorier med biomedicinska forskningsteorier ökar kunskapen om patienter med depression och ger upphov till nya frågeställningar och svar. En sådan fråga som kan utvecklas är varför kvinnor är mer deprimerade än män, medan fler män väljer att ta sina liv. År 2004 publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en rapport om depression där denna problematik också berördes. Flera tänkbara förklaringar har exponerats i medicinsk litteratur som traumatiska barndomshändelser, sociala roller och kulturella normer, negativa livshändelser, sårbarhet och copingstil, socialt stöd, genetiska faktorer och könshormoner. Men en diskussion om dessa teories betydelse för diagnostik och behandling saknas i rapporten.

Rubriken *Depressionens janusansikte – genus och biologi i samspel* anspelar på den romerska guden Janus som avbildas med två ansikten, bland annat på mynt från Alexander den stores tid. Med seminariet ville vi bjuda in till en diskussion där båda sidor av myntet – biologi- och genusperspektiv – integreras i en diskussion i ett vetenskapligt forum. Med denna dokumentation kan andra ta del av diskussionen som uppstod mellan forskare som tagit sin utgångspunkt i biologiska respektive genusvetenskapliga teorier, om ett

vanligt förekommande kliniskt tillstånd. Här finns något användbart! Efterföljare uppmuntras och bör stödjas av vetenskapssamhället.

Seminariet har dokumenterats av journalist Jessica Rydén. I de fall där föreläsaren levererat ett skriftligt underlag har detta använts. I övriga fall har föreläsningen sammanfattats från bandupptagningen och texten godkänts av föreläsaren. Diskussionsinläggen har sammanställts från bandupptagningen, systematiserats och alla medverkande har tagit del av den. Jag vill här varmt tacka alla medverkande för sina generösa bidrag både som föreläsare och diskussionsdeltagare.

Margareta Söderström

*Vetenskapsrådets kommitté för genusforskning
Allmänläkare och universitetslektor i Lund och Köpenhamn*

Den bedöva(n)de kvinnligheten – ett historiskt perspektiv

Karin Johannisson, professor i idé- och lärdomshistoria vid Uppsala universitet

Dualismen biologi-genus är varken historiskt eller genusteoretiskt relevant. Det finns ingen biologiskt neutral kropp på vilken kön trycker sina märken. Kön penetrerar kroppen på olika nivåer och påverkar vårt sätt att betrakta, tolka och hantera kroppens signaler. Det rör sig om ett komplext samspel, där maktstrukturer eller sociala och kulturella mekanismer samverkar med och griper in i psykologi och biologi.

Trots detta vill inte minst media gärna framställa det som att det pågår en kamp mellan "biologi" och "kultur", där man förväntas sälla sig till antingen det ena eller det andra lägret. Denna förenkling och polarisering är inte konstruktiv. Självklart måste man vara öppen för andras perspektiv, även om ens kompetens och övertygelse rymms inom det ena huvudperspektivet.

Modern historia pekar på en deprimerande konstant: att kvinnor tenderar att hantera kriser med sjukdom, män med våld och alkohol. Från och med 1800-talets andra hälft börjar vetenskapen att konstruera biologiska förklaringsmodeller för det man uppfattade som kvinnors större sårbarhet, översjuklighet och/eller nedstämdhet. Ordet depression slår dock inte igenom i klinisk praxis förrän på 1950-talet. Dessförinnan användes en rad andra diagnoser för att fånga in kvinnors nedstämdhet, apati och defensiva sätt att hantera kriser, till exempel melankoli, neurasteni, asteni.

Medicinens och de biologiska vetenskapernas sätt att förklara kvinnans särart, det vill säga varför hon tycks sjukare och sårbarare, kan, med ett historiskt perspektiv, delas in i följande modeller:

Den anatomisk-fysiologiska (ca 1860–)

Hävdar att kvinnans och mannens kropp, biologi och sjukdomsmönster i alla avseenden är olika varandra. Kvinnan uttrycker sjukdom genom andra symptom som är mer diffusa, mer gäckande, mer vandrande et cetera, än mannens mer specifika, tydligare lokaliserade och mer verbaliseringsbara symptom.

Den gynekologiska (ca 1880-)

Avlöste modellen ovan. Förklarar de flesta avvikelser i kvinnas kropp och psyke via hennes underliv. En häpnadsväckande långtgående modell, som i sin obehagligaste tillämpning har tagit sig uttryck i gynekologisk radikal-kirurgi på psykiska indikationer.

Den neurologiska (ca 1890-)

Säger att kvinnan har ett känsligare nervsystem än mannen, och att kvinnan i högre grad tenderar att internalisera yttre upplevelser, det vill säga lyfta in dem i jaget och där översätta dem till nedstämdhet, trötthet, värk, smärta eller förlamning.

Den psykologiska (ca 1920-)

Slår igenom efter första världskriget. Beskriver patienten enligt olika typologier, och skapar en rad mer eller mindre fasta typer för kvinnlig avvikelse, såsom "den fobiska", "den depressiva" och "den hysteriska". Motsvarande typologier för män är svårt att hitta.

Den hormonella (ca 1940-)

Utgår från könshormoner för att förklara skillnader mellan könen i biologi och sjukdomsbild.

Mot dessa modeller kan man ställa en sociokulturell modell, som tillspetsat kan kallas "den bedöva(n)de kvinnligheten" – hur normöverskridande kvinnlighet hålls tillbaka genom medikalisering och medicinering. Överrepresentationen av depressioner hos kvinnor, liksom överkonsumtionen av antidepressiva medel, är enligt denna modell en effekt av kvinnans situation, position, begränsade möjligheter och fångenskap i samhällets och kulturens bilder av det rätta (ideala) kvinnliga. Avvikelser från den förväntade kvinnligheten betraktas som hotfulla och sjukförklarar.

Mot den bakgrunden och i ett historiskt perspektiv ser man hur leda, tomhet och existentiell brist framstår som eviga följeslagare till vad det är att vara kvinna i de övre samhällsskikten. Skildringar i skönlitteratur och vetenskap kring sekelskiftet 1900 är välkända, men liknande fenomen tas upp under hela 1900-talet. Under 50-talet syns en tydlig backlash efter den optimism för kvinnor som signalerats från och med 1920-talet. I "Den feminina mystiken" (1963) lanserade Betty Friedan begreppet "problemet utan namn" för den känsla av tomhet som tycktes inbyggd i själva den kvinnliga identiteten, där kvinnan förväntades förverkliga sig i hustru- och modersrollen, tränga bort jaget, underkasta och anpassa sig. Något som automatiskt skapade en form av generell depression.

Idag tycks situationen – trots kvinnans formella tillträde till en rad rättigheter och möjligheter – inte förbättrad, utan snarare försämrad. Den så kallade Lundbystudien visar att 45 procent av alla kvinnor (mot 27 procent av männen) riskerar att utveckla depression före 70 års ålder. Inga vetenskapligt accepterade förklaringar finns till den starka ökningen av depressioner under det senaste decenniet och förändringarna är ”ytterst svåra att förklara med biologiska faktorer” för att citera SBU:s rapport om behandling av depressionssjukdomar.

I en diskussion av orsakerna kan man ta hjälp av olika så kallade konspirationsteorier.

Det kan handla om att patriarkatet utesluter kvinnan från makten, kunskapen och friheten. Det kan röra sig om medikalisering, där varje avvikelse patologiseras som ett led i patriarkatets strategier att låsa kvinnan i den förväntade kvinnligheten. Och där också en frisk kvinna kan sjukförklaras (som när helt besvärsfria kvinnor behandlades med östrogen under 80-talet). Det kan inte minst handla om läkemedelsindustrin, som gör kvinnan till ett lysande investeringsobjekt och ett offer för vanföreställningen att allt kan medicineras bort.

Resultatet av alla dessa modeller blir den bedövade, kringskurna kvinnligheten. Till detta kan givetvis läggas en rad andra argument. Kvinnor har lättare att kommunicera och bejaka svaghet än män och är mer benägna att söka läkare. Det är mer socialt accepterat för kvinnor att uttrycka emotionella problem.

Men kan man gå djupare ändå i sökandet efter svaret på varför så många kvinnor är deprimerade? Ett spår leder in mot vad som generellt betraktas som normalt och inte. Här har läkarvetenskapen i allmänhet – och psykiatrin i synnerhet – spelat en starkt normgivande roll. Kritisk forskning visar att bilden av psykiskt normala män respektive kvinnor stämmer märkvärdigt väl överens med deras förväntade könsroller. Mentalt friska män förväntas vara självständiga, rationella och aktiva. Mentalt friska kvinnor förväntas vara anpassliga, emotionella och moderliga.

Den kvinnliga normaliteten har således genom historien tilldelats snävare ramar än den manliga. Överdrifter, avvikelser och gränsöverskridningar har därmed riskerats att sjukdomsförklaras och förses med växlande manliga diagnostiska namn (hysteri, neurasteni, nymfomani, hypokondri, depression). Väl sjukdomsförklarad blir kvinnan ett terapeutiskt objekt.

Ett annat spår leder rakt in mot begreppet depression. Man kan peka på grundläggande strukturella likheter mellan det kvinnliga och det depressiva (passivitet, tomhet, dålig självkänsla). Depressionen blir en anpassningsstrategi – kvinnan underkastar sig den roll hon tränats in i: att vända vanmakt, protest och vrede inåt, inte agera utåt. Alltså: den kvinna som inte

är anpasslig och följsam, utan otillfredsställd och "galen" bedöms som avvikande – inte bara av manssamhället och läkarvetenskapen, utan också av sig själv. Hon definieras ju – och definierar sig själv – som sjuk.

Bilden av kvinnan som hanterar kriser med sjuklighet och trötthet hårdlanserades vid förra sekelskiftet och har skapat modeller för det "rätta" eller tillåtna kvinnliga. Den svåra frågan är hur kvinnan själv internaliserar de sjukdomsbilder som samhället erbjuder – alltså hur kultur och köns-koder beskriver normöverskridande kvinnlighet – sätt att kategorisera den – samtidigt som det beskrivna påverkar det upplevda. Alltså: hur införlivar kvinnan bilderna av det svaga kvinnliga jaget, så att det också blir det de upplever?

Problemet tycks fortfarande ligga just här, i det kvinnligas omedvetna val att dämpa, inte höja jaget; gå inåt, inte utåt, agera defensivt, inte offensivt. Att lägga sig ner – inte stå upp – är en defensiv strategi och en defensiv form av protest. Den bidrar till att återproducera just den underordning som skall bekämpas.

Samtidigt är förklaringar som gör kvinnan till ett offer i evigt låsta strukturer knappast konstruktiva. Strategin måste vara att formulera motstånd mot stereotypa sjukdomsförklaringar, stereotypa sjukdomsidentiteter och mot en läkemedelsindustri som ser kvinnan som ett lönsamt objekt för evigt förnyelsebar läkemedelskonsumtion. Vi måste göra uppror mot föreställningen att existentiella problem är medicinska problem, att det kvinnliga jaget är något som måste göras om och mot kvinnors destruktiva bärande på ett särskilt begrepp: otillräcklighet.

Referenser

Denise Russell, *Women, Madness and Medicine*. Cambridge: Polity Press 1995.

Karin Johannisson, "Den bedöva(n)de kvinnligheten", *Moderna tider*, oktober 1998, 36–38.

Karin Johannisson, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts 1994, flera följande upplagor.

SBU. Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt, *SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering*, 1–2, Stockholm 2004.

Psykoanalytiska aspekter på depression hos kvinnor och män

Johan Beck-Friis, psykoanalytiker och psykiater, Stockholm

Den egentliga depressionen kan vara av olika slag och djup, och måste skiljas från utmattning och naturlig ledsenhet eller sorg. Mellan depression och dessa tillstånd finns en klar kvalitativ gräns, även om gränsen är flytande i den kliniska vardagen. Genom att se till begreppet självaktning går det dock att identifiera vad som är vad.

I en artikel från 1917 talar Freud om likheter och skillnader mellan sorg och melankoli. Han beskriver det som att när man känner sorg är världen utanför fattig och tom; i depressionen (melankolin) däremot är jaget självt utarmat. Utarmningen av jaget kan man översätta som en förlust av självaktning. *Depressionen* kan då karakteriseras som ett tillstånd med nedstämdhet och förlorad självaktning, och *sorgen* som ett tillstånd av nedstämdhet med bevarad självaktning. *Utmattning*, eller asteniskt syndrom, förväxlas ofta med depression, men även här är självaktningen bevarad.

Sorg och utmattning kan dock övergå i depression när självaktningen sjunker. Sorg blir depression. Utmattning blir utmattningsdepression. "Vägen in" till depressionen kan alltså gå via en förlust av ett objekt som kränker självkänslan, eller via förlust av ork och energi.

Begreppet *självaktning* innehåller två komponenter: självkänsla eller självkärlek respektive, aktandet, försvarandet och respekterandet av självkänslan. Man kan säga att självaktandet reglerar självkänslan och utgör en sida av självbevarelsedriften. Förlorar vi den kan det ytterst leda till självmord.

Den depressives inre värld domineras framför allt av tre obearbetade känslor: *skam*, *skuld* och otämjd eller missriktad *aggressivitet*. Den sistnämnda är ofta en frustration som vänts inåt, istället för mot det objekt som orsakat den. Skam och skuld uppkommer som en reaktion gentemot personer i omgivningen, utifrån internationaliseringar man gjort av dessa personer. Dessa "införlivade objekt" har tagit plats i överjaget respektive jagidealet.

Överjaget har med våra samvetsfunktioner att göra och är i detta sammanhang en straffande instans. *Jagidealet* är en del av överjaget. Det utgör vår inre idealbild av oss själva och motsvarar våra ambitioner och mål. Enligt ett psykoanalytiskt synsätt utspelar sig depressionen på ett slagfält i en kamp mellan överjaget och jagidealet respektive jaget. Deprimerade personer har

inte sällan hårt dömande överjag och ett jagideal som i princip är omöjligt att uppfylla. Skuldkänslorna uppstår ur det stränga överjaget, och skamkänslorna i frustration över det egna jagidealet.

Skillnader mellan män och kvinnor vad gäller depression, kan diskuteras utifrån begreppen ovan, exempelvis varför det är vanligare att kvinnor är deprimerade. Här kan man citera psykoanalytikern Jean Baker Miller för att pröva tesen att det, i viss mån, finns skillnader i kvinnors respektive mäns överjag och idealjag. Baker Miller har i en artikel om utvecklingen av självkänslan hos kvinnan vänt sig mot det schema med åtta levnadsfaser för barnets utveckling som Erik Homburger Erikson presenterat. Miller menar att schemat utgår ifrån ett manligt perspektiv, där man missat att ta hänsyn till den intersubjektivitet och ömsesidighet som hon menar präglar flickors utveckling. Om man ska beskriva flickans utveckling bör moderns betydelse framhållas under de två första levnadsfaserna. Behovet av ständig kontakt med vårdgivaren och känslan av delaktighet är primärt för den uppväxande flickan. Flickans sunda självkänsla bygger på denna visshet, som främst skapas genom bandet mellan modern och dottern. Detta påverkar identitetsbildningen. För sonen är det naturligt att vända sig mot fadern för att skapa sig en identitet. För flickan är modern det naturliga identitetsobjektet. I identitetsutvecklingen måste man också räkna med förhållandet till den preoidipala modern, en fantasibild av den tidiga modern inom oss som antingen en god fe eller en ond häxa.

Den amerikanska psykologen Carol Gilligan har diskuterat skillnader mellan kvinnors och mäns moraliska överväganden. I en artikel utgår hon från myten om Dido och Aeneas. Trojanen Aeneas har en intensiv kärleksrelation med drottning Dido i Kartago. En dag bryter han upp, eftersom han är kallad till högre dåd; att på Gudarnas uppmaning bygga staden Rom. I sin förtvivlan tar Dido sitt liv. När Aeneas möter Dido i Hades är hon oförsonlig i sitt hat. Han är dock helt oförstående för hennes smärta och anser sig inte delaktig i denna, eftersom han tycker att han hade rättmätiga skäl för att lämna henne.

Berättelsen illustrerar skillnaden i moraliska överväganden mellan män och kvinnor, enligt Carol Gilligan: För mannen gäller lojaliteten med Gudarna, läs fadern och förfäderna. För kvinnan gäller lojaliteten med de levande, närstående. Frågan är om denna skillnad kan belysa också skillnader i mäns och kvinnors sätt att sörja och i innehållet i deras depressioner.

Referenser

- Beck-Friis, J. *Diagnostik av egentlig depression och så kallad utmattningsdepression. Självtaktning – ett centralt begrepp*. Läkartidningen 2002; 99: 512–517.
- Beck-Friis, J. *När Orfeus vände sig om. En bok om depression som förlorat självtaktning*. Stockholm: Natur och Kultur 2005.
- Gilligan, C. Remapping the Moral Domain: *New Images of the Self in Relationship*. In: Essential Papers on the Psychology of Women. Ed. Claudia Zanardi. New York and London: New York University Press, 1990: 480–495.
- Matthis, I. *Det omedvetnas arkeologi*. Stockholm: Natur och Kultur. 1992.
- Miller, JB. *The Development of Women's Sense of Self*. In: Essential Papers on the Psychology of Women. Ed. Claudia Zanardi. New York and London: New York University Press, 1990: 437–454.

I spänningsfälten mellan biologi och kultur – en vetenskapsanalys av könskonstruktioner vid depression

Anne Hammarström, professor i folkhälsovetenskap, allmänläkare, Umeå universitet

Vid Umeå universitet pågår ett tvärvetenskapligt forskningsprojekt om könskonstruktioner vid depression. Syftet är att utifrån forskning om kön och depression studera genomslagskraften hos biologiska förklaringsmodeller i relation till andra förklaringsmodeller. I projektet undersöks hur kön och depression beskrivs i medier, av patienter samt inom den medicinska vetenskapen.

Genom att studera vetenskapliga artiklar indexerade i den medicinska databasen Medline har följande analyserats: Vilka förklaringsmodeller används för könsskillnader? Finns det empirisk grund för dessa förklaringar? Hur skriver författarna om män respektive kvinnor (vad gäller exempelvis egenskaper, sjuklighet och behandling)? Urvalet av artiklarna gjordes genom sökning på orden depress* and sex or wom* or gender or man or men or female or male or feminis*. I studien ingår 140 artiklar från 2002, varav 96 befanns relevanta. Av dessa redovisas analysen av de 46 första artiklarna. Fem fokuserade inte på genus och därmed återstod 41 artiklar.

De preliminära resultaten visar att könshormoner anges som den vanligaste förklaringen till varför kvinnor blir deprimerade (Tabell 1.).

Tabell 1: Förklaringar till könsskillnader i depressioner för män och kvinnor.

Huvudförklaring	Antal artiklar
Könshormoner	15
Livsvillkor	10
Genetik/övrig biologi	6
Beteende	4
Kulturella förhållanden	3
Psykologiska förhållanden	1
Genuskonstruktioner	1
Artefakt (ingen skillnad, endast mätproblem)	1

I en artikel finns ett lekmanperspektiv, där post partum-deprimerade kvinnor resonerar kring varför de blivit deprimerade. Kvinnorna berättar att läkarna förklarar för dem att det handlar om hormoner, medan kvinnornas egna förklaringar inte stämmer överens med kriterier för depression enligt DSM-IV. De menar att depressionen beror på en kombination av faktorer som rollförändringar, ånger inför att ge upp karriären, äktenskapsproblem, svåra förlossningsupplevelser, amningsproblem och hormoner.

De flesta hormon- och genetikartiklarna diskuterar enbart sina resultat utifrån en biologisk förklaringsmodell, medan flertalet av de andra artiklarna diskuterar flera tänkbara förklaringar till depression. Ett annat problem är hur författarna tolkar sambandets riktning. Noterar man exempelvis samband mellan att ett hormon minskar och depressionsförekomsten ökar, så drar man oftast slutsatsen att minskningen orsakar depression. Hittar man en biologisk markör, så utgår man således i flertalet artiklar från att den orsakar depression. Fåtal artiklar ifrågasätter detta samband och ser möjligheten att depression leder till förändringar i biologiska markörer.

Tabellen 2. nedan visar om artiklarna har kunnat påvisa någon empirisk grund för sina huvudförklaringsmodeller.

Tabell 2: Finns det empirisk grund för förklaringarna till könsskillnader i depressioner hos män och kvinnor? Antal artiklar med empirisk grund till en förklaring i relation till antal funna artiklar.

Huvudförklaring	Empiriskt grundad huvudförklaring	Totalt funna artiklar
Könshormoner	4	15
Livsvillkor	8	10
Genetik/övrig biologi	3	6
Beteende	3	4
Kulturella förhållanden	3	3
Psykologiska förhållanden	1	1
Genuskonstruktioner	1	1
Artefakt (ingen skillnad, endast mätproblem)	1	1

Tabellen visar att 11 av 15 artiklar med könshormoner som huvudförklaring inte kan empiriskt påvisa några samband mellan könshormoner och depression. Motsvarande siffror för genetik/övrig biologi som förklaringsmodell är 3 av 6. Trots bristen på empiri domineras diskussionerna av tankar om att

kvinnors könshormoner (eller könsspecifika gener) bidrar till eller orsakar depression. För detta anförs oftast som enda bevis att kvinnors humörstörningar anses börja i ungdomsåren och fortsätta fram till fyrtio- femtioårsåldern. I vissa artiklar framförs också idén om en specifik "depressionsgen" hos kvinnor, trots att resultaten talar emot.

Artiklar om behandling av depressiva symptom innehåller påfallande många positivt emotionellt laddade ord och fraser. Exempel på sådana är: "good news", "increasingly comfortable treating", "(SSRI drugs) hold promises that women; even those in their reproductive years, can have safe and effective treatment.". Preparaten ska enligt Food and Drug administration (FAD) inte användas under graviditet, men rekommenderas ändå: "Psychotropic medication is forbidden in pregnancy but should be used anyway."

Hur skriver då författarna om män respektive kvinnor? Anne Hammarström har analyserat vilka olika bilder som framträder i artiklarna. En bild handlar om *kvinnan styrd av hormoner*. Ord som östrogenbrist, menopaus, vallningar, abnorm, vulnerabel och känslig genomsyrar artiklarna, liksom diagnoser som PMDD och post partum-blues. En annan bild är att *kvinnan måste acceptera behandling för maken och barnets skull*. En deprimerad gravid kvinna bör äta SSRI-preparat för att ge fostret en bättre prognos, annars kan barnet få en deprimerad hjärna. Har hon PMS bör hon medicinera för att bli mindre irriterad på make och barn, och deprimerade kvinnor beskrivs ha svårigheter vad gäller äktenskaplig anpassning. Maken bör involveras i valet av behandling.

En tredje bild är *kvinnan som oansvarig mamma*. I en artikel står exempelvis att "Increasing proportion of single mothers in Western populations may have explosive consequences for mental health services." Denna slutsats grundas på en undersökning som visar en icke-signifikant skillnad med två procentenheter vad gäller psykisk hälsa hos sammanboende respektive ensamstående mammor. Andra risker med kvinnor som inte behandlas för depression, som berörs, är att kvinnorna struntar i att gå till MVC, något som även kan medföra risker för barnet.

Kvinnan som patient är ytterligare en bild som träder fram. Hon beskrivs som hjälpsökande, i en sjukroll, i behandling, övervakad och kontrollerad av läkaren. I behandlingen av deprimerade kvinnor ska läkarna alltid ha hormoner i åtanke. De måste alltid utreda om en kvinnas depression kan bero på var i menscykeln hon är – eller för äldre kvinnor – om det rör sig om hormonella effekter av menopausen.

Den deprimerade mannen däremot är osynlig i artiklarna, trots att hälften av artiklarna handlar om män. Mannen blir en outtalad norm som kvinnorna avviker ifrån. Han är ung eller gammal, men osynliggjord som pappa eller make. Läkaren framstår i artiklarna som kvinnans räddare.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att de hormonella förklaringsmodellerna dominerar men att resultaten som diskuteras i dessa artiklar oftast inte är empiriskt visade. Artikelförfattarna skapar bilder av kvinnan som styrd av sina hormoner, som oansvarig mamma, i ständigt behov av att vara patient som behandlas av doktorn. Män däremot framställs oftast som den osynliga normen, utan koppling till sociala sammanhang (pappa, make). Sociokulturella förklaringsmodeller skapar mer nyanserade och mångfaceterade bilder av kvinnor och män. Men även i dessa artiklar skapas könsstereotyper.

Referenser*

- Bengs C, Hammarström A. *Depressionens genusansikte. en analys av könskonstruktioner av sjuklighet*. I Hovelius B, Johansson E. Kropp, genus och medicin. Lund: Studentlitteratur 2004.
- Comings DE, Wu S, Rostamkhani M, McGue M, Iacono WG, MacMurray JP. *Association of the muscarinic cholinergic 2 receptor (CHRM2) gene with major depression in women*. Am J Med Genet. 2002 Jul 8;114(5):527-9.
- Gillander Gådin K, Hammarström A. *Sexual harassment at school – a possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine?* European J Public Health (in press).
- Hammarström A. *I spänningsfältet mellan biologi och kultur – en vetenskapsanalys av könskonstruktioner vid depression* I Hammarström A. Hovelius B, Wijma B (red). Teori- och begreppsutveckling inom medicinsk genusforskning. Rapport ifrån en workshop. Stockholm: Vetenskapsrådet 2004.
- Kaneda Y, Fujii A. *No relationship between testosterone levels and depressive symptoms in aging men*. Eur Psychiatry. 2002 Nov;17(7):411-3.
- Kornstein SG. *Chronic depression in women*. J Clin Psychiatry. 2002 Jul;63(7):602-9.
- Muller-Thomsen T, Arlt S, Ganzer S, Mann U, Mass R, Naber D, Beisiegel U. *Depression in Alzheimer's disease might be associated with apolipoprotein E epsilon 4 allele frequency in women but not in men*. Dement Geriatr Cogn Disord. 2002;14(2):59-63.
- Sagud M, Hotujac Lj, Mihaljevic-Peles A, Jakovljevic M. *Gender differences in depression*. Coll Antropol. 2002 Jun;26(1):149-57.
- Schmidt PJ, Murphy JH, Haq N, Danaceau MA, St Clair L. *Basal plasma hormone levels in depressed perimenopausal women*. Psychoneuroendocrinology. 2002 Nov;27(8):907-20.
- Ugarriza DN. *Postpartum depressed women's explanation of depression*. J Nurs Scholarsh. 2002;34(3):227-33
- Young SA, Campbell N, Harper A. *Depression in women of reproductive age. Considerations in selecting safe, effective therapy*. Postgrad Med. 2002 Sep;112(3):45-50.

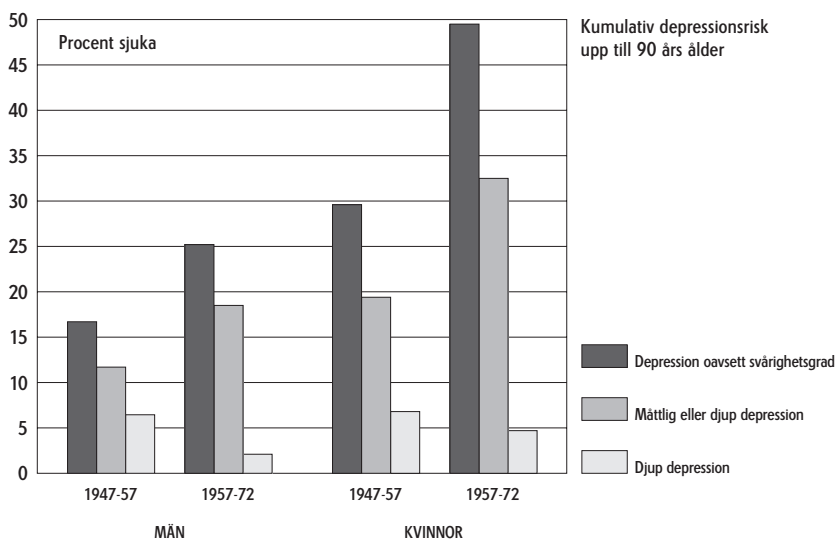
* Ett urval av de analyserade artiklarna finns i referenslistan.

Stress, utmattning och depression hos kvinnor och män

Marie Åsberg, professor i psykiatri och överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset

Skillnader i förekomsten av depressioner hos flickor/kvinnor och pojkar/män uppträder först kring puberteten. Från och med 13- till 14-årsålder och upp till 55-årsåldern är kvinnor kraftigt överrepresenterade vad gäller depression. Hur det ser ut i den äldre befolkningen är mer osäkert. I figuren nedan visas de två första undersökningsomgångarna i Lundbystudien från åren 1947-57 respektive 1957-1972. Här ser man tydligt dels könsskillnader i förekomsten av depression, dels den generella ökning av depressioner som skett.

RISK ATT FÅ DEPRESSION – LUNDBYSTUDIEN



Evolutionära förklaringar till depression

Att risken att drabbas för en depression under livet är mycket hög talar för att det finns en evolutionär fördel med ett depressivt beteende, och inom psykiatri diskuteras nu olika evolutionära förklaringsmodeller till depressioner och emotioner över huvud taget. Först att beröra detta tema var Darwin i boken "Emotions in men and animals". Hans teorier kommenterades av socialantropologen Paul Ekman. Denne kom fram till att det finns ett antal basala emotioner som ser likadana ut i olika kulturer och därför kan antas ha ett biologiskt överlevnadsvärde. Exempelvis är det väldigt bra om vi kan se att någon är arg och kan hålla oss undan. Men vad är det för "glädje" med att vara deprimerad, kan man fråga sig?

Två förklaringsmodeller finns. Den ena förklaringen säger att det är ett skydd för anknytningen, ett pris som vi betalar för att vara grupplevande människor som hör ihop. Om vi inte hade detta som gör ont när vi förlorar anknytningen, så kanske vi inte skulle vara anknutna på det sätt som är bra för oss. Den andra förklaringen säger att det handlar om att visa submissivitet när vi förlorar en kamp, som när hundarna visar strupen. Submissivitetssignalen tjänar till att undvika ytterligare skada, genom att den svagare parten visar att "jag ger mig".

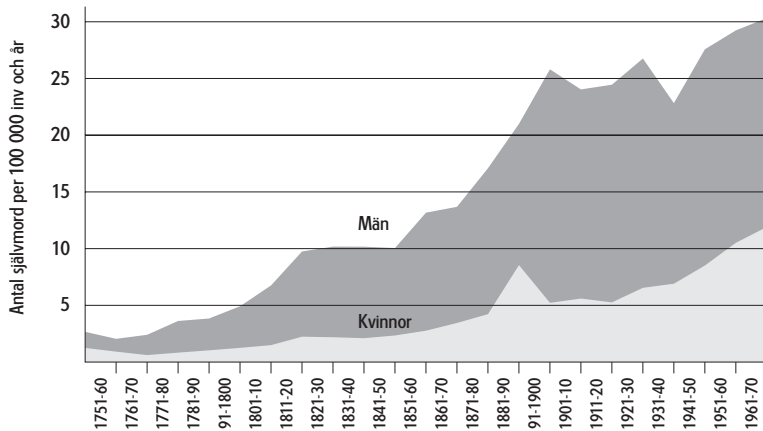
Skillnader mellan män och kvinnor vad gäller depressioner

En slutsats efter fyrtio års klinisk erfarenhet som psykiater, är att depressioner ofta yttrar sig på olika sätt för kvinnor och män. Även om likheterna är mer markanta än skillnaderna, tycks det dock finnas olikheter mellan kvinnor och män i hur depressioner uppkommer och ter sig. Skillnaderna tydliggörs i uppställningen nedan:

<u>Kvinnor</u>	<u>Män</u>
<u>relationsförluster</u>	<u>statusförluster</u>
<u>nedstämdhet</u>	<u>aggressivitet</u>
<u>hämning</u>	<u>utagerande</u>
<u>självanklagelser</u>	<u>avvisanden</u>
<u>hjälpökande</u>	<u>suicidala</u>

Självmondsstatistiken visar vidare en tydlig skillnad i suicidalitet mellan män och kvinnor.

SJÄLMORD I SVERIGE 1751-1970



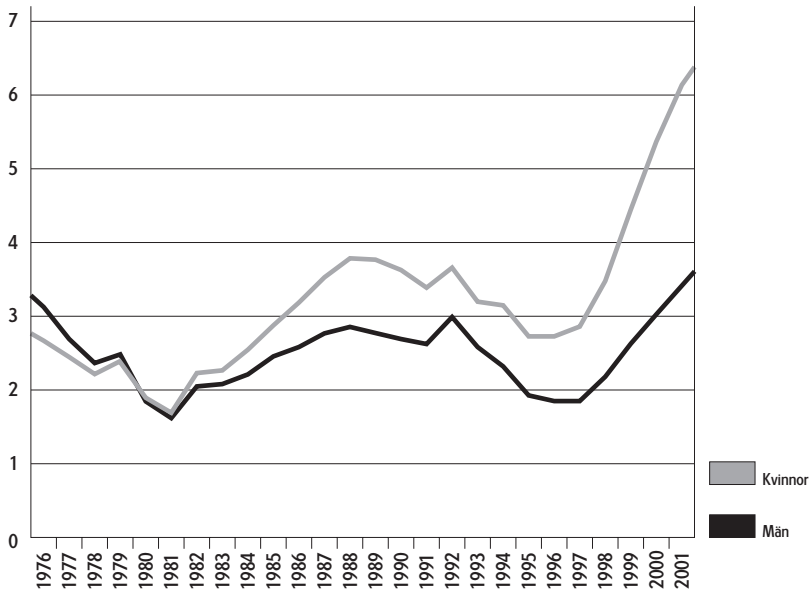
Av figuren ovan framgår att betydligt fler män väljer att ta sitt liv. Det faktum att depression är den vanligaste orsaken till självmord, och att depression är vanligare hos kvinnor än hos män, samtidigt som fler män begår självmord, har kallats för självmordsparadoxen. Även vad gäller samsjuklighet (komorbiditet) finns ett olikartat mönster: män har oftare missbruk och antisocial personlighetsstörning, kvinnor mer ångest.

Depression och utmattning

Förekomsten av utmattningstillstånd kan ligga till grund för den dramatiska ökningen av långtidssjukskrivningar i Sverige. I dag är cirka en kvarts miljon människor långtidssjukskrivna, många av dessa kvinnor och många med utmattningstillstånd. Men som framgår av tabellen nedan är det inte någon naturlag att kvinnor är mer sjukskrivna. På 70-talet fanns det istället en övervikt av män bland de sjukskrivna. Det är först med "sjukskrivnings-epidemin", som började 1997, som vi fått en tydlig övervikt av kvinnor (se figur på nästa sida).

LÅNGTIDSSJUKSKRIVNINGAR 1976-2001

Antal kvinnor och män som har varit sjukskrivna längre än 30 dagar 1976-2001 i relation till befolkningen 16-64 år (%)



Källa: RFV, SCB, bilaga 2

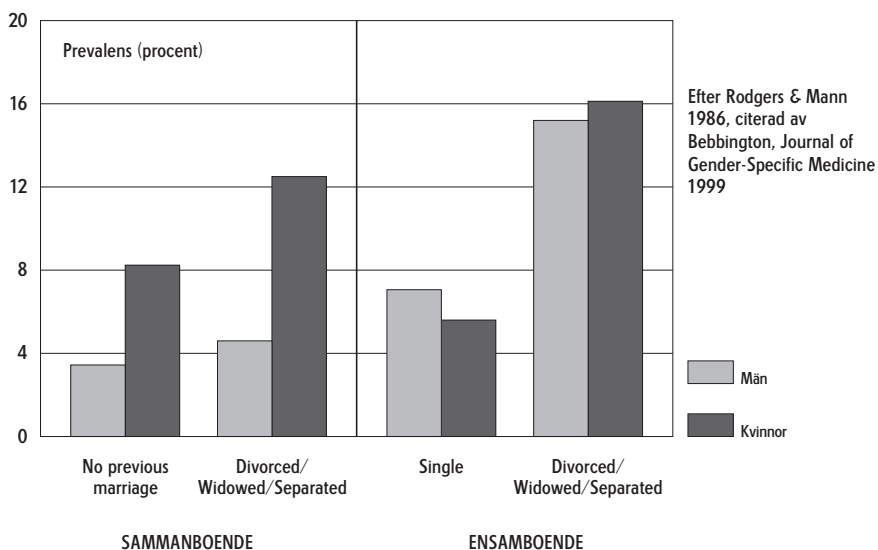
En studie av 150 långtidssjukskrivna med någon form av affektiv diagnos, visar att 80 procent av dessa personer någon gång under sjukskrivningsperioden uppfyllt diagnossystemet DSM-IVs kriterier för en egentlig depression. Merparten, 85 procent, säger att det är arbetet som gjort dem sjuka, men medan förhållandevis fler män anger att det enbart är arbetet som lett fram till utmattningen, så anger förhållandevis fler kvinnor även relationsproblem. En närmare studie visar också att det i flertal fall finns klara utlösande faktorer i både yrkes- och familjelivet. Ett typfall är en kvinna som tar stort ansvar för relationer till föräldrar, barn och make och även sliter hårt med ett jobb som hon älskar. Kvinnan blir befördrad till en chefsposition, får ett komplicerat problem att lösa. Hon arbetar hårt, löser kanske problemet, men går sedan "in i väggen".

Arbetsbelastningen i hemmet har också ökat. Mellan 1990 och 2001 har mängden obetalt arbete ökat för både män och kvinnor till trettio timmar i veckan (för män) och till fyrtio timmar i veckan för kvinnor.

I en prospektiv studie från England har man undersökt hur familjemed-

lemmar reagerar på ett trauma i familjen (om de blir deprimerade). Om katastrofen drabbat barn eller familj, blir kvinnorna i större utsträckning deprimerade. Om katastrofen däremot berör ekonomi, blir männen oftare deprimerade. Män och kvinnor svarar också olika på psykoterapi. En studie av kognitiv psykoterapi vid smärtor i ryggen visade till exempel goda effekter för kvinnorna, medan männen snarast blev sämre av psykoterapi.

SAMLEVAD OCH PSYKISK SJUKDOM



Det finns forskning som belyser det komplicerade sambandet mellan psykisk ohälsa och att vara tillsammans med någon. De som verkar ha det allra bäst är ensamlevande kvinnor, även bättre än männen i liknande situation

Depression och stress

Det finns även studier som pekar mot hormonella förklaringar till depression. En studie visade att män som fått östrogenplåster blev mer stresskänsliga. Det finns en vanlig föreställning om att kvinnor ofta blir deprimerade i samband med klimakteriet, när östrogenhalterna sjunker. Det är dock knappast klarlagt om så är fallet, och det finns en del data som talar för att könsskillnaden vad gäller depression avtar i högre åldrar. Det är knappast möjligt att dra några säkra slutsatser om könshormonernas betydelse annat än att det tycks finnas ett komplicerat samspel mellan hormonell status och sinnesstämning.

Stressupplevelsen hos kvinnor kan också ha att göra med självuppfattningen och uppfattningen om den egna förmågan. I en enkätstudie av sjuk-

vårdspersonals uppfattning av balansen mellan arbetets krav och den egna kompetensen fanns det till exempel bland läkare många män som tyckte att arbetskraven var lägre än kompetensen, medan inte en enda kvinna tyckte att kraven var lägre än kompetensen.

Samspel mellan genetik och miljö

För något år sedan kom en artikel som belägger att depression har både biologiska och kulturella/samhälleliga/psykologiska orsaker. I artikeln *Nature and nurture in depression* av den nyzeeländske forskaren Caspi finns en diskussion om den gen som styr serotonintransportören. Genen kan existera i olika former (polymorfier) och en av dem har förknippats med en högre risk för depression. Genens betydelse har undersökts genom att forskarna gjort genetisk bestämning på barn som de sedan följt över en tidsperiod. Därmed vet de också om barnen utsatts för stressande levnadsomständigheter eller svåra barndomsförhållanden. Resultaten visar att både arv och miljö spelar roll för sannolikheten att få en depression. Studien visar även att dessa gener endast får betydelse för depressionsutvecklingen om barnet samtidigt utsatts för en svår barndom eller andra stressande levnadsomständigheter.

Referenser

- Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, et al. *The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity*. International Review of Psychiatry 2003;15(1-2):74-83.
- Bebbington PE. *Psychosocial causes of depression*. Journal of Gender-Specific Medicine 1999;2(6):52-60.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. *Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. Science 2003; 301(5631): 386-389.
- Darwin C, Ekman P. *The expression of the emotions in man and animals* (3rd ed.). London: Oxford University Press; 1872, repr. 1998.
- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. *Are we entering an age of melancholy?* Psychological Medicine 1982;12: 274-289.
- Kirschbaum C, Schommer N, Federenko I, Gaab J, Neumann O, Oellers M, et al. *Short-term estradiol treatment enhances pituitary-adrenal axis and sympathetic responses to psychosocial stress in healthy young men*. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 1996; 81(10):3639-43.
- Åsberg M, Glise K, Herlofson J, Jacobsson L, Krakau I, Nygren Å, et al. *Utmattningssyndrom – en kunskapsöversikt om stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
- Åsberg M. *Depressionssjukdomar – historik, diagnostik, epidemiologi*. In: Åsberg M, Bengtsson F, Hagberg B, Henriksson F, Jönsson B, Karlsson I, et al., editors. *Behandling av depressionssjukdomar*. Stockholm: SBU; 2004, 39-189.

Könets deprimerande betydelser: genusteoretiska granskningar av forskning om depression och kön

Eva Magnusson, universitetslektor, Kvinnovetenskapligt forum och Institutionen för psykologi, Umeå universitet

En kritisk genusteoretisk granskning av forskning om depression och kön utgår från frågor som feminister och genusforskare är speciellt intresserade av och är därför naturligtvis inte "neutral". Fokus ligger på hur olika teoretiska förklaringar av sambanden mellan depression och kön förhåller sig till det som kallas "kvinnligt" och "manligt". Den här presentationen bygger på en genomgång av utländsk forskning.

Den här konferensens rubrik "biologi och genus i samspel" kan läsas som att biologi och genus vore två fristående storheter som ibland kan samspela med varandra. Som genusforskare är jag tveksam till den förståelsen. Den amerikanska feministen och vetenskapsteoretikern Evelyn Fox Keller beskriver det istället som att "Genus är ett slags ljudlös organisatör av diskursiva kartor över den sociala och den naturliga världen". Genus (våra kulturellt organiserade sätt att ge innebörder åt kön och könstillhörighet) kommer att organisera våra sätt att förstå hela vår värld, även biologin. Vi har aldrig tillgång till en "ren" eller "genusfri" biologi, och det har betydelse för hur vi kan förstå samband mellan depression och kön.

Hur kan man då anlägga ett genusperspektiv på depressionsforskning? Ett första steg kan vara att undersöka vilka slags könsförståelser som genus, den "ljudlösa organisatören", just nu, i en viss kultur, framställer som sanna. Förstår vi "kön" främst som psykologiska eller biologiska individkaraktistika inuti människors kroppar? Tänker vi på dessa individuella "kön" som uppbyggda av framför allt skillnader i egenskaper mellan kvinnor och män? Eller är könsinnebörder något vi tänker oss som formade av kulturella normer, diskurser och levnadsmönster?

Nästa steg kan bli att utforska vilka av dessa könsförståelser som finns inbyggda i de förklaringsmodeller om kön och depression som forskare eller kliniker använder. *Individfokuserade förklaringsmodeller* bygger på föreställningar om "kön" som ett individuellt biologiskt eller psykologiskt förankrat karaktistikum och bygger därför sina könsförståelser nerifrån och upp, från individ till samhälle. I sådana teorier observerar man biologiska eller psykologiska karaktistika hos ett antal kvinnliga och manliga individer och använder sedan observationer av skillnader mellan individer för att

dra slutsatser om vad könstillhörighet betyder på generell (samhällelig/vetenskaplig) nivå.

Sociala förklaringsmodeller baseras på idéer om hur sociala inflytanden skapar olika villkor för kvinnor och män, och därmed formar dem så att de blir olika sårbara för depressiva upplevelser. Då bygger man förklaringen uppifrån och ner, från samhälls- till individnivå.

Vilka blir då konsekvenserna av de olika könsförståelserna och teorierna om kön och depression för den forskning som produceras? Jag har undersökt följande frågor: (a) Vilka slags frågor ställer forskare med en viss typ av könsförståelse? (b) Vilka frågor ställer forskarna inte? (c) Vilka begränsningar leder detta till för hur olika teorier kan förstå depression och kön?

Individfokuserade förklaringsmodeller

- a. Forskare som ser "kön" som ett inre psykologiskt eller biologiskt karaktistikum ställer i allmänhet frågor om vad det är hos "kvinnor" som gör att de oftare än män diagnostiseras med depression. Man söker då till exempel, som i sårbarhetsteorier, efter personlighetsegenskaper hos kvinnor som gör dem särskilt känsliga för att drabbas av depression om de utsätts för en viss typ av stress.
- b. De ställer vanligen inte frågor om kvinnors och mäns personligt formulerade upplevelser och förståelse av depression och om hur de erfarenheterna är kontextualiserade i omgivningen. Ofta bygger den här typen av forskning på standardiserade frågeformulär som inte öppnar för personliga erfarenheter. De ställer heller inte frågor som utgår från att källan till depression kan vara den könade arbetsdelningen i hemmet, eller frågor om genus, alltså "den ljudlösa organisatören av de diskursiva kartorna över den sociala och den naturliga världen".
- c. Denna forskning får svårt att forma kunskap baserad på kvinnors och mäns kontextualiserade livserfarenheter. Framför allt blir det svårt att få in större kulturella och samhälleliga kontexter. Sociala villkor ryms inte inom modellerna och är svåra att integrera som forskningsresultat.

Sociala förklaringsmodeller

- a. Denna forskning söker svaren bortom individuella faktorer. Här finns sociala förklaringsmodeller som kan vara antingen könsneutrala eller könsspecificerande. De könsspecifika modellerna ställer frågor om till exempel hur krav och yttre omständigheter i kvinnors liv kan ha negativ inverkan på deras psykiska hälsa. Vanligt är att man ställer frågor om faktorer typiska för kvinnors liv – som att föda barn och ha omsorgskrav – och studerar sambanden mellan sådana påfrestningar och depression.

- b. De frågor man inte kan svara på är bland annat sådana om kausalitet. Korrelationsstudier (tvärsnittsstudier), som är det vanliga i sådan här forskning, kan per definition inte svara på frågor om orsak-verkan. Det blir svårt att svara på hur det kommer sig att inte alla kvinnor som drabbas av de kritiska livshändelserna blir deprimerade. Frågor som relaterar till kropp och biologi är ofta frånvarande i de sociala förklaringsmodellerna och betraktas inte sällan som en neutral bakgrund.
- c. En av flera begränsningar hos den här typen av forskning är att livshändelser oftast definieras utifrån personliga motgångar och påfrestningar. Det är sällan man beaktar hur dessa är förankrade i en vidare kulturell kontext och hur denna samspejar med individuella upplevelser av depression.

Materiellt-diskursiva ansatser till frågor om depression och kön

Hur kan man då komma bortom de begränsningar som de här teorierna har? Den kanadensiska psykologen och depressionsforskaren Janet Stoppard uppmanar oss att gå vidare genom att teoretisera den bekropspligade individen, med hjälp av det hon kallar "materiellt-diskursiva ansatser".

Sådana ansatser tar fasta på att både kropp och psyke alltid förstås och tolkas genom språket och kulturen, i lika hög grad som samhälle och samhällsvillkor. Därmed finns det inte någon "ren" biologi som ligger till grund för hur vi förstår oss själva och våra eventuella depressiva upplevelser. Det materiella och socialt-kulturella är olika sidor av samma totala process.

Depression hos kvinnor kan då förstås som de bekropspligade upplevelser som kan förekomma i anslutning till en kvinnas ansträngningar att uppnå det kulturella idealet för vad en god kvinna ska vara. Feministiska depressionsforskare menar dessutom att det är väsentligt att inte se de här ansträngningarna som pågående i ett socialt eller materiellt vakuum: gränser för kvinnors möjligheter att uppnå det goda kvinnoidealet sätts både av strukturella samhälleliga förhållanden och av den kvinnliga kroppen som en finit fysisk resurs. Kroppen fungerar som ett medium genom vilket kulturen uttrycks och är inte ett sociokulturellt neutralt fenomen.

En materiellt-diskursiv ansats omformulerar depression hos kvinnor från att vara till exempel en störning inuti kroppen eller ett psykologiskt bristtillstånd till att vara resultatet av en växelverkan mellan en kvinnas fysiska bekropspligande (embodiment) och hennes socialt och kulturellt tolkade upplevelser. De levda upplevelserna är *både* materiella och diskursiva. Depressiva symtom – både somatiska och psykologiska – ses med det här perspektivet som reaktioner på de ibland olösliga dilemman som de här växelverkningsprocesserna ställer kvinnor inför.

Materiellt-diskursiva ansatser till depression och kön bygger på kunskap vi kan få genom att studera kvinnor och män som bekropspligade subjekt i

den lokala kontexten och i de "större" kulturella och politiska sammanhang där förutsättningarna skapas för resursfördelning utifrån kön och för symboliska innebörder i kön. Det blir då möjligt att utforska hur betydelserna hos både "biologiska" och "sociala" händelser i kvinnors eller mäns liv är socialt konstruerade i en större kulturell kontext, och hur dessa betydelser samspelar med individuella depressiva upplevelser. Då blir det också nödvändigt att acceptera att det inte kan finnas någon "ren" biologi som skulle kunna samspela med "genus", utan att istället biologi och genus ständigt oupplösligt producerar varandra i mängder av olika kulturella, politiska, symboliska och privata samspel.

Referenser

- Bohan, Janis. *Regarding gender: Essentialism, constructionism and feminist psychology*. *Psychology of Women Quarterly*, 1993;17(1): 5–21.
- Bordo, Susan. *Unbearable weight: Feminism, Western culture and the body*. Berkeley, CA: University of California Press 1993.
- Kaplan, Gisela & Rogers, Lesley, J. *Gene Worship. Moving beyond the Nature/Nurture debate over genes, brain and gender*. New York: Other Press 2003.
- Keller, Evelyn Fox. *Changing the subject of science and psychoanalysis: Problems of agency and authority in a post-modern world*. Unpublished manuscript, Department of Science, Technology and Society, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA 1995.
- Magnusson, Eva. *Genusperspektiv på psykologi*. I: Philip Hwang, Ingvar Lundberg, Jerker Rönnerberg och Ann-Charlotte Smedler (red.) *Vår tids psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur (2005, under publicering).
- Magnusson, Eva. *Psykologi och kön: från könsskillnader till genusperspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur 2003.
- Nolen-Hoeksema, Susan. *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press 1990.
- Rose, Hilary & Rose, Steven. *Alas, poor Darwin. Arguments against evolutionary psychology*. London: Jonathan Cape 2000.
- Stoppard, Janet. *Understanding depression: feminist social constructionist approaches*. London: Routledge 2000.
- Thurén, Britt-Marie. *Genusforskning – frågor, villkor och utmaningar*. Stockholm: Vetenskapsrådet 2003.
- Yardley, Lucy (red.) *Material discourses of health and illness*. London: Routledge 1996.

Könsparadoxen – Varför tar dubbelt så många män som kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade?

Susanne Ringskog Vagnhammar, överläkare och specialist i psykiatri vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö, även verksam vid Nationellt och Stockholms läns landstings Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm

Självmod är den yttersta konsekvensen av det psykiatriska sjukdomstillståndet depression. I Västvärlden är det flest män som tar sina liv, trots att det är flest kvinnor som är deprimerade, ett motsägelsefullt förhållande som ibland benämns könsparadoxen.

Man kan förstå könsparadoxen på flera plan: biologiskt (könsskillnader vad gäller könshormoner, omsättning av kortisol och serotonin), genetiskt och psykosocialt (socioekonomiska och psykologiska återkommande mönster där könen skiljer sig åt och man kan identifiera riskgrupper för självmordsbeteende och fullbordat självmord).

Biologiska skillnader

Skillnader i kortisol- och serotoninomsättning

En depression ger i allmänhet symptom som nedstämdhet, förlust av energi, förändrad aptit, sömnstörning, känslor av värdelöshet, skuldkänslor och i förlängningen självmordstankar och självmordsbeteende. Mäns depressioner kan yttra sig på detta klassiska vis, men även karakteriseras av en annan symtombild med irritabilitet, aggressivitet, utagerande och antisocialt beteende, alkoholmissbruk, minskad impuls kontroll samt minskad stress-tolerans. En hypotes är att det bakom denna manliga variant av depression ligger en, delvis androgenstyrd, annorlunda kortisol- och serotoninomsättning än hos kvinnor.

Att symtombilden ser annorlunda ut kan ibland innebära att mäns depressioner inte uppmärksammas. Denna teori lanserades av psykiater Wolfgans Rutz, som i ett utbildningsprojekt på Gotland lyckades sänka länets höga självmordstal. Vid en uppföljning fann man nämligen att sänkningen av antalet självmord mest gällde kvinnor. En förklaring förmodades ligga i den annorlunda depressionsbild män ibland företer.

Hormonella förändringar och depression

Kvinnors halter av könshormon varierar över livet. När halterna är låga märks samtidigt en ökad psykisk sjuklighet. I början av puberteten stiger förekomsten av depression hos flickor. *Premenstruellt* när östrogen- och progesteronhalterna sjunker är frekvensen av depression förhöjd hos kvinnor. 63 procent av kvinnorna i en undersökning rapporterade PMS-syndrom med symtom som oro, spänning, nedstämdhet och irritabilitet vid varje menstruationscykel.

Under graviditeten däremot är östrogen- och progesteronhalter kraftigt förhöjda. *Efter förlossningen* sjunker halterna sedan hastigt, och många kvinnor upplever efter förlossning lättare former av nedstämdhet, ”maternity blues”, men även svårare tillstånd som post partum-psykos.

Från menopausen sjunker kvinnans nivåer av östrogen och progesteron och förblir låga livet ut. Under samma period uppvisar kvinnor könets högsta suicidtal. Menopausen är en period i livet som för kvinnor sammanfaller med många förändringar, som i vid mening alla kan betecknas som förluster eller separationer – förlust av förmågan att föda barn, förlust av rollen som mor då barnen blivit vuxna och flyttar hemifrån, kanske också yrkesmässigt förlust av ytterligare karriär. Slutligen kan den här tiden ibland även innebära förlusten av en tidigare aktiv livsstil, då den oftast äldre maken kanske drabbas av åldersförändringar och sjuklighet.

Genom vilken neurofysiologisk mekanism skulle sänkta östrogen- och progesteronnivåer medverka till att utlösa en depression? En hypotes är att serotoninupptaget minskar när halten av dessa hormoner sänks. Kvinnor som fått östrogenbehandling uppvisar ökat serotoninupptag. Vissa kvinnor mår bra av östrogenterapi efter menopausen, men substitution av kvinnligt könshormon har länge varit en ifrågasatt intervention, och har i all synnerhet blivit så den sista tiden, då, nya forskningsrön på effekterna av östrogen-tillförsel, tvärtemot vad man tidigare trott, visat på obefintligt skydd mot hjärtinfarkt och benskörhet men ökad risk för bröstcancer.

Oxytocin är ett annat hormon som uppträder olika hos kvinnor och män. Vid stress ökar utsöndringen mer hos kvinnor än hos män. Androgener förhindrar och östrogen befrämjar frisättningen av hormonet. Hos råttor har oxytocin visat sig befrämja lugn och avslappning, minska fruktan och motverka aktivitet reglerad av den sympatiska delen av nervsystemet (aktivitet som den traditionella stressreaktionen ”fight or flight”, kamp- eller flyktbeteende).

Taylor med flera framkastar hypotesen att beteendet ”fight or flight” kanske är en manlig stressreaktion. Kvinnor skulle då ha en annan stressreaktion, ”tend and befriend” (att vårda avkomman och söka sig till vänner). Oxytocin tycks vara det hormon som tillsammans med kvinnliga könshormon och endogena opiatpeptidmekanismer (det vill säga kroppsegna möjligheter till

upplevelse av tillfredsställelse) svarar för detta beteende. Kanske kan denna skillnad i stressbeteende förklara varför kvinnor i allmänhet lever sju till åtta år längre än män, och även varför i de flesta länder hälften så många kvinnor som män begår självmord.

Från 50 års ålder sjunker männens könshormon (testosteron) i takt med stigande ålder. Omkring 20 procent av alla män över 60 år har lägre testosteron-nivåer än normalt. Det genomsnittliga självmordstalet (antal självmord per 100 000 invånare och år) var år 2002 för män 29,9. Den åldersgrupp män som samma år uppvisar det högsta självmordstalet – 35,7 – återfinns i gruppen över 65 år, alltså åldern med de lägsta testosteronnivåerna. Kanske är också mäns självmordsbeteende kopplat till könshormoner.

Förutom könsdriften påverkar testosteron neuropsykologiska beteenden som aggressivitet, emotionellt stämningsläge och förståndsmässiga funktioner. Studier har velat koppla sänkta testosteronnivåer till depressionsförekomst.

Med stigande ålder sjunker inte bara halterna av könshormon, utan också halterna av neurotransmittorer. Det är känt att neurotransmittorerna serotonin, dopamin och noradrenalin är sänkta vid depression. Antalet fullbordade självmord som föregåtts av egentlig depression ökar med stigande ålder. Således finns det tecken på att den biologiska åldrandeprocessen i sig kan bidra till utvecklandet av depression, och därmed sekundärt medföra ökad självmordsrisk.

Genetiska skillnader

Dopamin och serotonin är namnen på två signal- eller transmittorsubstanser i hjärnan, som är sänkta vid förekomst av depression. Ett enzym, tyrosinhydroxylas, medverkar vid bildandet av dessa två transmittorsubstanser. Den gen som kodar för tyrosinhydroxylas är belägen på kromosom nr 11 av människans 46 kromosomer. Genen finns i flera varianter, eller alleler.

När 118 personer som försökt begå självmord (probänder) undersöktes med avseende på dessa genvariationer fann man att probänder med diagnosen maladaptiv stressreaktion i signifikant högre grad var bärare av särskilt en av dessa genvarianter, benämnd T8.

När så friska individer undersöktes med avseende på förekomsten av olika genvarianter kodade för tyrosinhydroxylas, fann man att vissa av genvarianterna tycktes kopplade till speciella personlighetsdrag. Individer som var bärare av allelen T8 tenderade att vara mer irriterbara, ha bristande stress-tolerans och vara mer neurotiska. Kanske kan man tänka sig att individer med dessa personlighetsdrag och utrustade med denna genvariant skulle ha större svårigheter att stå emot yttre påfrestningar och – när de sviktar – i högre grad uppvisa suicidalt beteende?

Psykosociala förklaringar

Socioekonomi

I en studie jämfördes kvinnor som efter ett självmordsförsök sökt vård. Man fann att kvinnor som försökt att ta sitt liv hade sämre social integration och sämre kroppslig och mental hälsa jämfört med andra kvinnor. Deras livsstil skilde sig från andra kvinnors genom att de rökte och använde alkohol i större utsträckning samt motionerade mindre. I en annan studie befanns unga, ensamstående, yrkesarbetande mödrar utgöra en riskgrupp för självmordsförsök.

Könsroller

Canetto tar upp en diskussion kring konventionerna runt kön och suicidalt beteende. Hon menar att både män och kvinnor kan försöka att ta sina liv eller begå självmord av samma skäl, men att den suicidala individens personliga förklaringar till ett suicidalt beteende förmedlas av individens känslighet för traditionella könsroller, på så vis, att den man vars könsidentitet är konventionell tenderar att se det som "omanligt" att misslyckas med ett självmordsförsök.

Canetto menar också att en man med konventionell identitet i sin yrkeskarriär ofta delegerat åt hustrun att vårda det sociala kontaktnätet. Pensioneras mannen från yrkeslivet förlorar han därmed största delen av sin identitet. Mister han kanske sedan också sin livspartner, så förhöjs självmordsrisken. Det är bland de äldsta männen som det begås flest självmord.

Kommunikationsmönster

Kvinnor har i allmänhet lättare att tala om sina problem med andra, enligt Murphy. Deras identitet vilar till stor del i deras relationer och de söker och tar emot hjälp lättare och kan även tänka sig att ändra ett beslut att ta livet av sig. Kvinnor söker också oftare sjukvård än män.

Äktenskapet skyddar män från depression

Gifta män har statistiskt sett en lägre risk att bli deprimerade än ogifta, men om en kvinna har benägenhet att bli deprimerad, så blir hon det vare sig hon är gift eller inte, enligt Stroebe och Stroebe. När en nära relation upplöses eller en make/maka avlider, reagerar män oftare än kvinnor med en långtidsdepression eller med fysisk sjukdom. Män förefaller således ha mer psykologiskt skydd av äktenskapet än kvinnan har. När en man förlorat sin livspartner får han ofta svårt att klara vardagen och kontaktnätet, medan en kvinna i motsvarande situation fortsätter att sköta de funktioner hon hela livet har tränat sig i.

Referenser

- Canetto SS. *She died for love and he died for glory: gender myths of suicidal behavior*. Omega 1992-93; 26(1): 1-17.
- Carlsson A & Winblad B. *Influence of age and time interval between death and autopsy on dopamine and 3 - methoxytyramine levels in human basal ganglia*. J Neurol Transm 1976; 38: 271-276.
- Conwell Y & Brent D. *Suicide and ageing I: Patterns of psychiatric diagnoses*. Int Psychogeriatrics 1995;7 (2): 149-164.
- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. *Are we entering an age of melancholia? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby study, Sweden*. Pscychol Med 1982; 12: 279-289.
- Murphy GE. *Why women are less likely than men to commit suicide*. Comprehensive Psychiatry 1998; 39 (4): 165-175.
- Nolen - Hoeksema S. *Sex differences in depression*. Stanford, California: Stanford University Press, 1990.
- Nolen-Hoeksema S. *Sex differences in unipolar depression*. Stanford, California: Stanford University Press, 1990.
- Nolen-Hoeksema S, Rusting CL. *Gender differences in well-being*. Kapitel i Kahneman D & Diener E (red) et el. Well-being: the foundations of hedonic psychology (s 330-350). New York, NY, USA: Russell Sage Foundation, xii, 1999.
- Persson M-L-, Wasserman D, Jönsson EG, Terenius L. *Tyrosine hydroxylase allelic distribution in suicide attempters*. Psychiatry Res 1997; 72: 73-80.
- Runeson B, Eklund G, Wasserman D. *Living conditions of female suicide attempters: a case-control study*. Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 125-132.
- Rutz W, Wälinder J, Rhimer Z, Pestaloty P. *Manlig depression - stressreaktion kombinerad med serotoninbrist? Läkartidningen* 1996 (10): 1177-1178.
- Seidman SN & Walsh BT. *Testosterone and depression in ageing men*. Am J Geriatr Psychiatry 1999;7 (1):18-33
- Stroebe MS & Stroebe W. *Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed*. Psychol Bull 1983; 93: 279-301.
- Taylor S, Cousino Klein L, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RAR, Updegraff A. *Behavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight*. Psychol Rev 2000; 107(3): 411-429.
- Van Praag HM. *Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterization of a new hypothetical depression subtype*. Psychiatry Res 1996; 65 (3): 143-157.
- Wasserman D. *Flest självmordsförsök bland unga fränskilda mödrar*. Social forskning 1990; 4: 6-7.

Deprimerad var jag under de perioder då jag togs för given

Gunilla Carlstedt, leg. läkare, med dr och genusforskare, Stockholm

Citatet ovan kommer från en kvinna som ingick i mitt och Annika Forsséns forskningsprojekt om äldre kvinnors liv, arbete och hälsa. De tjugo kvinnor som ingick i studien hade olika livsvillkor, yrken och familjesituationer. Syftet var att ta fram mer kunskap om äldre kvinnors livsvillkor och att förstå deras symtom och sjukdomar utifrån vad de erfarit i sina liv. Genom ett livsloppsperspektiv kunde vi spegla hur tidsanda och individuella levnadsförhållanden kommit att påverka vad kvinnorna gjort i sina liv och hur de mått.

Nedan följer en beskrivning av några livsområden som i kvinnornas berättelser framstått som särskilt betydelsefulla när det gäller risk för att utveckla psykisk ohälsa och depression.

I äktenskap och parförhållanden

Flera av de intervjuade kvinnor hade levt, eller levde, i äktenskap där de känt sig dominerade av sina män och tvingade till anpassningar som menligt inverkat på deras vardag och rörelsefrihet. Ett sätt för männen att utöva makt var att söka begränsa kvinnornas möjligheter till kontakt med yttervärlden. De vägrade till exempel att ta emot gäster och besök i hemmet och protesterade när kvinnorna ville gå ut. Stor ensamhet drabbade flera av de gifta kvinnorna. "Åren som gift, då mädde jag inget vidare för då var jag alltid ensam", sade exempelvis en kvinna som senare hade skilt sig. Ett sätt för männen att tillintetgöra kvinnorna var vidare att inte visa respekt och uppskattning för det arbete som kvinnorna utförde i hemmen. "Deprimerad var jag under de perioder då jag togs för given", sade en av kvinnorna. Räddningen till ett friskare liv blev för några att de så småningom lyckades skaffa sig eget utrymme i livet. De tog sig bokstavligen ut ur hemmet och till andra sociala gemenskaper.

Utsatthet inom äktenskapet gäller inte enbart kvinnor i en äldre generation. Misshandel av kvinnor, i alla åldrar, är fortfarande en stor folkhälsofråga. Idag talas det framför allt om den fysiska misshandeln. Lika utbrett är det troligen med psykiska övergrepp. Sammantaget utgör det fysiska och mentala våldet en dold, men viktig, orsak till kvinnors jämfört med män högre grad av registrerad ohälsa. Ett problem är att många in i det längsta

döljer vad som sker inom familjens väggar. Yttrandet från en av de intervjuade kvinnorna – ”Jag pratar aldrig om det som händer hemma och som trycker mig.” – gäller även för många yngre kvinnor idag. Som skäl till sin tystnad angav de äldre kvinnorna att de inte ville ”lämna ut” vare sig mannen, barnen eller sig själva. De kände ett ansvar för männens beteende och tog själva på sig skulden för att äktenskapet inte blivit bra. Samtidigt medgav flera att de hade önskat att någon utanförstående sett och ingripit.

Duktig föderska

Ett annat skede i livet med stor betydelse för hur kvinnorna mått är tiden kring deras barnafödande. 15 av de 20 intervjuade kvinnorna hade fött barn. Några hade mest positiva minnen från sina graviditeter och förlossningar. Men för fler än förväntat dominerade hågkomster av det som varit svårt, såsom smärtsamma och långdragna förlossningar, plågsamma amningsperioder och barn som dött i samband med förlossningen. Upplevelserna var således svåra i sig. Men det som framför allt åstadkommit depressioner och/eller givit livslånga sår var när kvinnorna blivit övergivna eller känt sig kränkande och nonchalant bemötta. Exempel på sådana situationer var: Att bli sedd som ”sjåpig” och ”gnällig” när det gjorde ont, att bli liggande ensam i timmar, att inte bli lyssnad till när det gällde egna kunskaper eller erfarenheter, att bli sydd utan bedövning, att känna sig mindre värd som ensamstående mor, att ingen talade med en när ens barn hade dött.

Väl hemkomna och under amningsperioden var det flera av kvinnorna som hade drabbats av oförklarliga symtom. Det gällde till exempel en kvinna som fött ett mycket stort barn, och därför ”spruckit upp i hela underlivet”. När hon skulle sys var det först efter enträgen begäran som hon hade fått bedövning. Och då skedde det ”på nåder”. Smärtan, utsattheten och det nedlåtande bemötandet försatte henne i ett chocktillstånd som varade i många månader. Varje gång hon skulle amma drabbades hon av skakningar i hela kroppen, en reaktion hon i efterhand kopplade ihop med sin förlossningsupplevelse. Sin tidigare önskan om fler barn orkade hon heller aldrig förverkliga.

Flera av kvinnorna med svåra upplevelser kring barnafödandet hade aldrig tidigare talat med någon om vad de varit med om, inte ens med sina närmaste eller sina väninnor. I stället hade de försökt att förtränga det hemska. Det som gällde, enligt tidens anda, var att först och främst vara en ”duktig föderska”. Oftast hade kvinnorna anpassat sig till de krav och villkor som ställdes av barnmorskor och läkare. De som inte anpassade sig riskerade att fara än mer illa, anklagades för dåligt uppförande eller utsatta för kränkande behandling som de då kunde bli. Kvinnornas tystnad i efterhand visar på de starka känslor av skam och misslyckande som erfarenheterna ofta varit

förknippade med. Flera av kvinnorna fick vidare, oberoende av hur förlossningen varit, en svår tid när de kom hem från BB. Ett par av dessa satte sin ångest och nedstämdhet i samband med den ensamhet de upplevde i förhållande till sina män.

Återigen finner vi att de äldre kvinnornas erfarenheter bekräftas i forskning som gäller yngre kvinnor. Upplevelser av smärta och utsatthet under förlossning – även normala sådana – kan få kvinnor att förlora i självtillit och känna att de misslyckats i ett för kvinnor väsentligt prov. Det språk som kvinnor använder för att beskriva sådana upplevelser kan också likna det som kvinnor som varit utsatta för våldtäkt använder. Känslor av överklighet, skuld och skam är framträdande i båda situationerna. Det de äldre kvinnornas berättelser visar är att upplevelser av denna typ, där hjälp till bearbetning inte ges, kan sätta spår som påverkar hälsan livet ut.

Vad gäller så kallad post partum-depression anses den ofta orsakad av hormonella förändringar. Det finns dock forskning som talar emot detta. Depression i nyföddhetsperioden sätts då i stället i samband med de krav och förväntningar som ställs på nyblivna mödrar och den syn som råder i samhället på vad "normal kvinnlighet" och "normalt moderskap" är. Andra studier pekar på att socioekonomiska svårigheter och konflikter med eller bristande stöd från partner eller andra anhöriga är viktiga orsaker till depressioner efter barnafödande. Det är också visat att post partum-depression kan ha samband med tidigare upplevda sexuella övergrepp.

I förvärsarbetet

Alla kvinnor i vår undersökning betonade det goda i livet som förvärsarbete inneburit. Många hade haft arbetsuppgifter som i sig varit stimulerande och roliga. Andra, med mer enahanda eller tunga arbeten, lyfte fram betydelsen av att ha ett eget liv utanför hemmet, med arbetskamrater och tillgång till egna pengar.

När vanmakt, ångest och depression uppstod handlade det för flera av kvinnorna om hur de mot sin vilja blivit omplacerade eller fått andra arbetsuppgifter. En kvinna som hade ett kvalificerat arbete som telegrafist blev, när yrket försvann, placerad vid ett enkelt inmatningsarbete vid en dator. Efter det blev hon sjuk, både mentalt och kroppsligen. I efterhand ansåg hon att det ointressanta arbetet, och att hon helt saknat inflytande över det, varit huvudorsaken till hennes ohälsa. När hon efter en lång period med täta sjukskrivningar återfick arbetsuppgifter där hennes kompetens kunde utnyttjas gick "arbetet som en dans".

Ett genomgående tema i kvinnornas berättelser handlar också om svårigheten att hävda sig som kvinna på arbetsplatsen. För en av kvinnorna, en läkare, gällde det såväl mot manliga kollegor som mot övrig personal: "Det

var liksom det här att få veta sin plats, att alltid få höra det.”, sade hon. Även en ingenjör blev nedstämd i perioder när hon upplevde sig annorlunda värderad därför att hon var kvinna.

En annan ohälsosfaktor som så många som hälften av kvinnorna spontant berättade om var sexuella trakasserier och ofredanden på sina arbetsplatser. De ledde till upplevelser av stort obehag och kränkning. Flera hade också varit rädda för att bli förföljda på hemväg från arbetet eller för att få oönskade besök i hemmet.

Trötthet – och att klara av

Många av de intervjuade kvinnorna beskrev stor trötthet i anslutning till olika livssituationer. Exempel på sådana var perioder med för lite sömn, som i samband med barnafödande och under småbarnsår, och när den sammanlagda arbetsbelastningen i hem och förvärvsliv varit för stor. Utmattande var det också att leva i psykiskt pressande äktenskap. Tröttheten sågs av flera nästan som ett normaltillstånd. ”Alla kvinnor är trötta.”, sade en kvinna. De flesta klarade av att igen och igen ”rycka upp sig och ta nya tag”. Men för några, där kraven blivit övermäktiga utan att de kunnat säga ”stopp”, tog vanmakt och ångest över och ledde till depression eller annan sjukdom. Samtidigt kunde kvinnorna känna skuld för att de inte längre orkade. Svårigheten att sätta gränser för sitt arbete fanns hos flera av kvinnorna. Det kan kopplas till den rådande uppfattningen att en ”riktig kvinna” alltid skulle ”klara av” de uppgifter som ålagts henne.

Möten med vården

Att inte bli trodd och inte bli lyssnad till i sjukvården upplevdes av kvinnorna som djupt kränkande. Det kunde också leda till att de mårde sämre *efter* ett besök än före och bidra till känslor av hopplöshet och förstämning. Många gånger fick de inte heller hjälp för det som de faktiskt sökt för, utan tilldelades helt andra diagnoser. Flera fick till exempel psykiska diagnoser eller hormonbehandling (som de inte efterfrågat) när det i själva verket handlade om kroppslig sjukdom. Två av kvinnorna fick hjärtinfarkt diagnoser fördröjda på det viset. Flera fick också lugnande eller antidepressiva mediciner trots att deras egna förklaringar till varför de var oroad eller deprimerade handlade sådant som ekonomiska bekymmer, oro för egen eller anhörigas hälsa eller en för stor sammanlagd arbetsbörda.

Mot bakgrund av de intervjuade kvinnornas berättelser, och annan forskning, lär vi oss att kvinnor som presenterar kroppsliga symtom skall bli lyssnade till, så att inte allvarliga sjukdomar missas till förmån för psykiska eller hormonella diagnoser. När kvinnor söker för depressioner eller annan

psykisk ohälsa kan orsaken ofta sökas i den vardag och de villkor som kvinnor lever med. Med kunskap om detta kan omhändertagandet bli adekvat. Felaktig eller onödig behandling kan undvikas.

Referenser

- Carlstedt G & Forssén A. *Mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser*. Akad.avh. Luleå tekniska universitet, Institutionen för Arbetsvetenskap, 1999. Avhandlingen finns även i en omskriven och förkortad version:
- Forssén A & Carlstedt G. *Var så god och var stark. Om kvinnors liv, arbete och hälsa under 1900-talet*. Lund: Studentlitteratur, 2003.
- Kitzinger S. *Birth and violence against women: generating hypotheses from women's accounts of unhappiness after childbirth*. I Roberts, H (ed) *Women's health Matters*. London: Routledge, 1992.
- Lundgren E. *Våldets normaliseringsprocess. Två parter – två strategier*. Rapport nr 14, JÄMFO, Stockholm 1989.
- Lundgren E., Heimer G., Westerstrand J. & Kalliokoski A.M. *Slagen dam: mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten, 2001.
- Romito P. *Postpartum depression and the experience of motherhood*. *Acta obstet Gynecol Scand* 1990; 69 suppl 154:5–37.
- Wickberg B & Hwang. *Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken! Tidigt stöd avgörande för att motverka negativa konsekvenser för barnet*. *Läkartidningen* 2001; 98 (13): 1534–38.
- Wijma B. *Maktassymmetri vid gynekologisk konsultation*. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998; 75: 32–36.

Samma gener, samma ärftlighet hos kvinnor och män?

Nancy Pedersen, professor vid Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska Institutet

Nancy Pedersen talade om depression utifrån ett befolkningsbaserat perspektiv. I sin föreläsning ställde hon två frågor: Har män och kvinnor samma gener som är viktiga för depression? Handlar det om samma ärftlighet, det vill säga är betydelsen av dessa gener densamma för kvinnor respektive män?

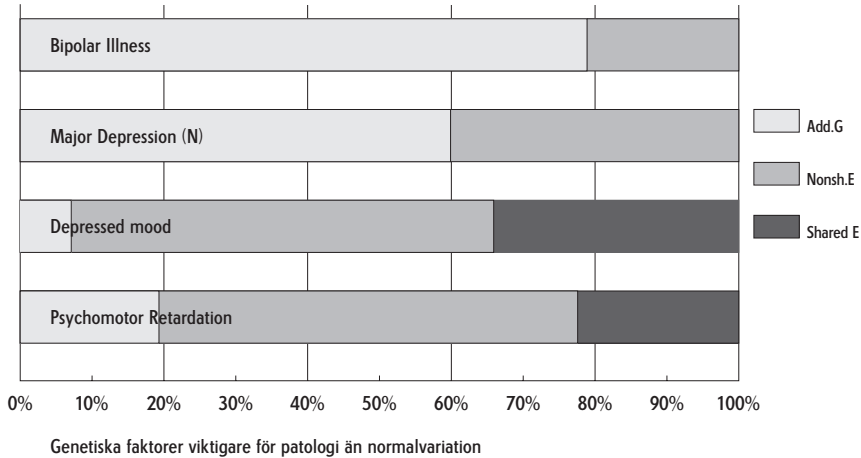
Ett material om 45 000 individer i Sverige, i åldern 45 år och uppåt, visar att det är nästan två gånger så stor risk för kvinnor än för män att bli deprimerade (se tabell nedan). Risken att få kroniskt trötthetssyndrom (CF= chronic fatigue syndrome) och fibromyalgi är fyra gånger så stor hos kvinnor jämfört med den hos män.

Prevalens

	Totalt	Män	Kvinnor
CF-syndrom	2,4 %	1 %	3,6 %
Fibromyalgi	4,9 %	2 %	8 %
Major depr	19,5 %	13 %	25 %

I studier av arvets och miljöns relativa betydelse för utbrott av sjukdomar är det intressanta hur den underliggande sårbarheten fördelar sig. Vad är det som gör att någon "går över gränsen" till att bli sjuk? Flera genetiska faktorer kan bidra till att man blir sjuk eller så kan man flyttas över gränsen på grund av händelser i miljön.

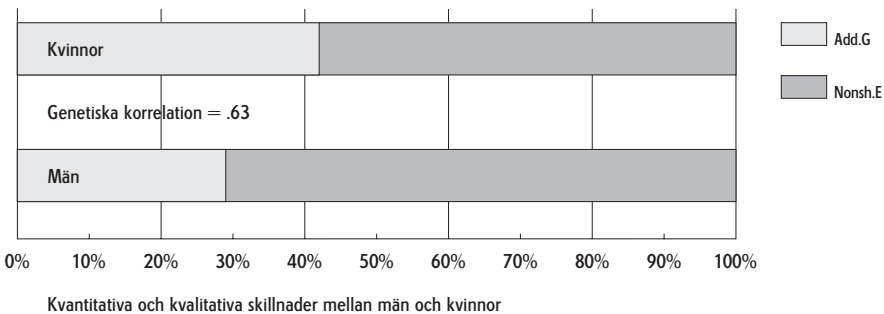
HERATIBILITET



I figuren ovan visas fördelningen mellan betydelse av arv och miljö för utbrott av olika sjukdomar. Bipolär depression (bipolar illness) är i hög grad ärftlig. Även för egentlig depression (major) är genetiska faktorer viktiga. Vad gäller depressiva symptom (mood) är däremot bilden helt annorlunda. Genetiska faktorer tycks viktigare för patologiska tillstånd än för tillstånd som ingår i normalvariationen.

Vad händer då om man delar upp statistiken på män och kvinnor? I en nyligen genomförd studie av 15 000 svenska tvillingpar över 45 år, visas för första gången att ärftligheten för depression ser olika ut för män och kvinnor. Den genetiska påverkan är större för kvinnor än för män (se figuren nedan).

HERATIBILITET: MAJOR DEPRESSION (>15000 TVILLINGPAR)



Kendler et al., in prep

Genom att jämföra olikkönade tvillingpar kunde man också sluta sig till att det delvis är olika gener inblandade i depression för män respektive kvinnor. Det finns således både kvantitativa och kvalitativa skillnader i ärftliga faktorer. Men miljömässiga faktorer är viktigare än generna för både män och kvinnor.

Det komplicerade samspelet mellan arv och miljö kan illustreras med hur rökvanor varierat i befolkningen. Våra gener har inte förändrats över de senaste decennierna, men trots detta finns det otroliga skillnader i olika kohorter vad gäller rökvanor hos kvinnor, där betydligt fler kvinnor röker i dag, och att genetiska faktorer spelar en allt större roll. Något har hänt i miljön som gör att den genetiska benägenheten att röka kan träda fram.

Kan vi då lära oss något om depression genom att studera samband mellan olika sjukdomar, komorbiditet-morbiditet? En studie av personer med artros ger vid handen att det finns ett samband. Intressant är dock att för män handlade sambandet mellan depression och artros främst om genetiska faktorer, medan det hos kvinnor handlade om miljöfaktorer. Ett annat exempel är sambandet mellan depressioner och alkoholism, där alkoholism är betydelsefull för utvecklandet av depression hos både män och kvinnor, men de genetiska korrelationerna är större för män. En annan studie har visat att för ångest och depression fanns liknande underliggande genetisk sårbarhet och det enda som egentligen skiljde ut diagnosen depression från ångest var den yttre påverkan, det vill säga hur de miljömässiga faktorerna kom in i bilden.

Arv och miljö står i ständig interaktion. Data från äldre svenska tvillingar i 50–60-årsåldern indikerade ett samband med ökad risk för depression hos män om de hade en viss variant av en gen. Men kanske hade man funnit ett samband hos kvinnorna om man haft de relevanta miljömässiga förhållandena.

Sammanfattningsvis kan man säga att vid utvecklandet av depression är inte samma gener involverade hos kvinnor och män och effekten av generna är också olika.

Referenser

- Gatz, M., Pedersen, N. L., Plomin, R., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992) *Importance of shared genes and shared environments for symptoms of depression in older adults*. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 701–708.
- Jansson, M., Gatz, M., Berg, S., Johansson, B., Malmberg, B., McClearn, G. E., et al. (2003). *Association Between Depressed Mood in the Elderly and a 5-HTR_{2A} Gene Variant*. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 120 B, 79–84.
- Jansson, M., Gatz, M., Berg, S., Johansson, B., Malmberg, M., McClearn, G. E., et al. (2004). *Gender differences in heritability of depressive symptoms in the elderly*. *Psychological Medicine*, 34, 471–479.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. (Submitted). *A Swedish national twin study of lifetime major depression*. *American Journal of Psychiatry*.
- Kendler, K. S., Pedersen, N., Johnson, L., Neale, M. C., & Mathé, A. A. (1993). *A pilot Swedish twin study of affective illness, including hospital- and population-ascertained subsamples*. *Archives of General Psychiatry*, 50, 699–706.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Pedersen, N. L. (2000). *Tobacco consumption in Swedish twins reared apart and reared together*. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 886–892.
- Roy, M. A., Neale, M. C., Pedersen, N. L., Mathé, A. A., & Kendler, K. S. (1995). *A twin study of generalized anxiety disorder and major depression*. *Psychological Medicine*, 25, 1037–1049.

DISKUSSIONEN

Depression i klinisk praktik och forskning

Flera seminariedeltagare ifrågasatte och problematiserade själva igenkänningen av depressioner och därmed även olika slutsatser om hur vanligt förekommande de är bland män respektive kvinnor. Varför rapporterar fler flickor och kvinnor psykisk ohälsa och depression? Ser mäns och kvinnors depressioner olika ut? Finns det en faktisk ökning av antalet depressioner?

Per Nettelbladt, som är projektledare för Lundbystudien, påpekade att det är viktigt att veta vad man avser med ett "case" när man uttalar sig om förekomsten av depression i befolkningen.

– Depressionsstatistiken förändras beroende på var man lägger ribban för vad som anses som sjukt, sade han. I Lundbystudiens första mätperiod, som gjordes 1947–1972, kunde även milda depressioner ingå i definitionen av vad som räknades som en depression. I en uppföljning gällande perioden 1972–1997 försökte vi mäta depression utifrån DSM-kriterier. Räknar man depressioner med måttliga symptom får vi en procentsiffra. Identifierar vi endast allvarliga depressioner, med exempelvis vanföreställningar, blir andelen drabbade i befolkningen betydligt lägre.

Om diagnoserna "egentlig depression" och "utmattningsdepression"

Inger Blennow, som mött många patienter i sin kliniska verksamhet, tyckte sig se stora skillnader mellan personer som blivit utmattade och de med en egentlig depression, där de utmattade personerna hade kraftigt nedsatta kognitiva funktioner. Johan Beck-Friis höll med om detta:

– Det är riktigt att en utmattningsdepression har andra symptom och att tröttheten gör att de kognitiva funktionerna inte fungerar på samma sätt. Men det kan ändå vara svårt att skilja en depression från en utmattningsdepression endast utifrån hur de kognitiva funktionerna fungerar, och då tror jag att det är en poäng att se till självvaktningen. Sedan kan den förlorade självvaktningen se ut på olika sätt.

– Ja, fast även om en förlorad självvaktning skiljer en depression från en utmattningsdepression, så uppfattar jag dem som två väldigt olika tillstånd, svarade Inger Blennow.

– Vad jag menar är att en utmattningsdepression endast kan anta karaktären av en egentlig depression när självvaktningen har gått förlorad, men att det kan vara många steg fram dit, förtydligade Johan Beck-Friis.

Marie Åsberg menade att det i praktiken inte alltid är så stor skillnad i symptombild bland patienter med utmattningsdepression och patienter med andra depressioner. I en studie av 150 patienter med utmattningssyndrom hade 80 procent någon gång uppfyllt kriterier för en depression.

– Den enda större skillnaden som vi funnit mellan personer med utmattningsdepression och dem med egentlig depression som huvuddiagnos, är frånvaron av personlighetsstörningar i den förstnämnda gruppen, konstaterade hon.

Om alkohol och våld bakom depression och könsstereotyper

Johan Cullberg framhöll att samhället ställer olika möjligheter till sitt förfogande för den som är hotad i sin självaktning. Män har också alkohol, sade han, och undrade om skillnaderna i förekomst av depressioner bland män och kvinnor skulle jämnas ut om man räknar in de alkoholmissbrukande männen i statistiken.

Det är mycket troligt, svarade Per Nettelbladt, och berättade att ungefär hälften av självmorden bland män i Lundbykohorten är relaterade till depression, hälften till alkoholmissbruk, ofta både och. Mäns depressioner maskeras säkert inte sällan i ett alkoholmissbruk, trodde han.

Detta resonemang motsades av Katja Gillander Gådin, som påpekade att exempelvis tonårsflickor och tonårspojkar dricker i samma utsträckning. Det finns till och med tecken på att flickorna har gått om pojkarna i alkoholkonsumtion, tillade hon.

Ann-Sofie Ohlander tyckte att man borde studera närmare om det är så att män i större omfattning än kvinnor ”vänder sig” till alkoholen när de mår dåligt. Deprimerade män tycks eventuellt anta ett våldsammare beteendemönster, sade hon och refererade bland annat till statistik som visar en markant uppgång i antalet självmord mot slutet av 1800-talet, då många självmord begicks i kategorin ensamstående män över 50 år.

Gunilla Carlstedt påpekade att en hotfull vardagssituation ligger bakom många depressioner hos kvinnor, en orsak som ofta är dold och leder till att kvinnors depressioner ges andra förklaringar i sjukvården. Hur skulle statistiken för kvinnor med depressioner se ut om man korrigerade den genom att ta bort alla dem som i årtal levit med våld och misshandel, eller hot om det, undrade hon? Våld mot kvinnor är ju en samhällsrelaterad hälsofråga som inte ska kopplas ihop med kvinnors personlighet eller andra orsaker till nedstämdhet, underströk hon.

Om att depression blir allt vanligare i befolkningen och tolkning av forskningsdata

Per Nettelbladt poängterade att uppgifterna om att varannan kvinna och var fjärde man är deprimerad i Sverige baseras på mätningar från så långt tillbaka som 1972. Uppföljningen av Lundbystudien ger vid handen att andelen män med depression ligger relativt konstant, medan andelen deprimerade kvinnor har minskat. Även livstidsrisken att drabbas har minskat. Trots detta är det fortfarande vanligare att kvinnor är deprimerade än män.

– Frågar man flickorna själva om hur de mår, ser man att tonårsflickor rapporterar mer psykisk ohälsa och att de dessutom mår allt sämre sett ur en tioårsperiod, sade Katja Gillander Gådin.

Denna förändring över tid kan inte kopplas till hormonella förklaringsgrunden, poängterade hon, något som Susanne Ringskog Vagnhammar berört. Katja Gillander Gådin ifrågasatte även tesen att flickor överrapporterar och män underrapporterar psykisk ohälsa.

– Jag tycker mig aldrig fått några vetenskapliga belägg för att det finns en överrapportering. En tysk studie visar också att kvinnor inte överrapporterar utan faktiskt behöver mer vård

– Jag tror att det handlar om att flickor och kvinnor traditionellt sett har lättare att söka vård, kommenterade Susanne Ringskog Vagnhammar, medan män inte signalerar att de mår dåligt. Men oavsett detta finns det en faktisk ökning av depressioner. Flickor har en mer komplicerad roll i dag än tidigare och har svårt att hitta sin identitet. Samtidigt ges fortfarande pojkar och män mest utrymme i samhället.

Vid Örebro universitet bedrivs forskning om flickors och pojkars hälsa utifrån studier av de hälsoundersökningar som gjordes i skolorna under 1880-talet och framåt. I början är flickorna ofta sjuka och har diffusa diagnoser, som trötthet. Flickorna i folkskolan är dessutom sjukare än de i flickskolan. Går man sedan fram till 1930-talet är pojkarna lika sjuka och en stor del av de diagnoser som flickorna fick har försvunnit.

Detta att flickorna beskrevs som så sjuka i slutet av 1800-talet måste spegla samhälleliga villkor, ansåg Ann-Sofie Ohlander. Flickorna hade mycket tuffare villkor om man beaktar rättigheter, möjligheter till utbildning och yrkesverksamhet och så vidare. Att antalet depressioner sjunkit bland kvinnor, som Per Nettelbladt visade, kan ju faktiskt ha att göra med att villkoren för kvinnor i vissa avseenden har blivit bättre, menade hon.

Om att se samtidens strukturella påverkan på diagnostik och praktik

Margareta Söderström pekade på svårigheterna sin finns att ställa diagnosen depression hos patienter som söker för depressiva symptom. Vi kanske har

fel instrument och får helt fel svar, svar som sedan reproduceras i de förklaringsmodeller vi använder, sade hon.

Nancy Pedersen menade att reliabiliteten i de stora undersökningar som hon ansvarat för är ganska stor när det gäller att fastställa diagnosen enligt DSM-III- eller DSM-IV-kriterier.

– Men jag ifrågasätter själva instrumenten som vi mäter med, replikerade Margareta Söderström. Vi hittar inte männen som är deprimerade och vi hittar säkert för många kvinnor, och sedan använder vi dessa data i forskning, där vi ständigt finner för många kvinnor.

– Mig har det ofta föresvävat att bedömningarna blir säkrare om dessa inte görs av läkare som måste fatta beslut om behandling, sade Marie Åsberg. Doktorer provar hela tiden olika hypoteser och är antagligen mindre objektiva i sin diagnostik. De kan överdiagnostisera och de kan underdiagnostisera.

– Här måste jag kommentera, sade Margareta Söderström. Som allmänläkare med genusperspektiv på medicin så tar det lång tid för mig innan jag kommer fram till diagnosen depression, eftersom jag kanske frågar om andra saker. Egentligen skulle jag vilja skicka fler patienter till någon form av psykoterapi, men sådan finns inte att tillgå i primärvården. Ofta är jag tveksam till att dela ut tabletter. Men kollegor som inte har ett genusperspektiv, skriver snabbt ut tabletter och säger att de gör det utifrån ett "formulär". Om jag försökte besvara ett sådant formulär skulle jag också kunna bli diagnostiserad som deprimerad även om jag inte känner mig deprimerad.

Detta resonemang utvecklades av Johan Cullberg som menade att läkare i dag har begränsade möjligheter att ställa adekvata diagnoser och att erbjuda annan behandling än medicinering.

– I praktiken är det framför allt allmänläkare som utför depressionsdiagnostik. För det ändamålet har de kanske en kvart, tjugo minuter på sig. På den tiden skulle inte jag kunna ställa en diagnos med hög validitet, möjligen med hög reliabilitet. Man hinner svårigen ta reda på vad depressionen handlar om. Huruvida det är en livskris eller en utsliten människa som inte orkar gå ett steg till i livet.

Följden av diagnoser med hög reliabilitet och låg validitet blir, enligt Johan Cullberg, en väldigt smal behandlingsarsenal, ofta SSRI-preparat, som skrivs ut på dåligt underbyggda indikationer. Ett annat problem är att distriktsläkare, som är dem som oftast behandlar depressioner i praktiken, varken har tid, lust eller utbildning för det. De följer så att säga endast "formuläret" istället för att se vad som behövs.

– Idag är det ett väldigt tryck på läkare att skriva ut läkemedel. Psykosociala åtgärder sätts inte in, eftersom det är för kort om tid och inte finns resurser. Då kommer läkemedelsbehandlingen att bli istället för något, vilket är både dyrbart och oetiskt. Det är inget fel på SSRI i sig, men förskrivningen

håller på att utvecklas till en katastrof i stil med östrogenkatastrofen, om än mycket större, eftersom det är så mycket icke-behandling som sker genom SSRI-preparat. Det är hela tiden läkemedelsindustrin som styr och de attityder som följer med detta. Och då handlar det inte bara om diagnostikens innehåll, utan också om vem som ger utbildningen, nämligen nästan uteslutande läkemedelsindustrin.

– Jag kan störa mig på upptagenheten av att ställa diagnos, sade Gunilla Carlstedt. Att man ägnar så stor del av den korta tiden man träffar patienten åt detta, istället för att titta folk i ögonen och fråga hur de har det egentligen. För många är det kanske det som är det viktiga, att få kontakt och känna att här finns det någon som bryr sig.

Att psykosocial behandling som samtal kan ha god effekt, bekräftades av Johan Cullberg som berättade om en skotsk studie av kvinnor med måttligt tunga depressioner. Kvinnorna slumpades till olika behandling: kognitiv psykoterapi, samtal med socialarbetare/kurator, medicinering eller ”treatment as usual” (närmast motsvarande allmänläkare).

– Det framkom då att den enda grupp som verkligen var nöjd och upplevde en förbättring var de som fått samtal. Att samtal kan vara en adekvat och dessutom billig hjälp till depressiva människor är något jag propagerar för att man ska ta till sig på vårdcentraler i Sverige. Men tyvärr är kuratorer och psykologer de tjänster som får stryka på foten när man stramar åt budgeten.

Inger Blennow vittnade om ett annorlunda sätt att bemöta patienter. Nya patienter får inte bara träffa en läkare vid sitt första besök, utan med finns även en sjuksköterska, socionom, psykolog eller arbetsterapeut. Patienten får berätta sin historia, vilken sedan återförs till patienten och eventuella anhöriga i ett reflekterande samtal. I detta tar man upp vilka känslor patientens historia har väckt.

– Genom detta sätt att bemöta patienten blir det mycket mindre tvång att skriva ut medicin, sade Inger Blennow. Det går att komma fram till en behandlingsöverenskommelse med patienten och vi kan erbjuda en behandlingsarsenal med exempelvis akupunktur, avslappning eller samtal. Ibland slutar det med samtalsterapi, ibland med medicin. Intressant är att det blir ett helt annat samtal om inte läkaren tar anamnesen. Och utvärderingar visar att vi har fått mycket nöjdare patienter och anhöriga.

Förklaringar till mäns och kvinnors depressioner

Under seminariet presenterades och diskuterades olika förklaringsmodeller till varför män respektive kvinnor blir deprimerade. Varför uppkommer depressioner över huvud taget och tenderar män och kvinnor att bli deprime-

rade av olika orsaker? Hur förklarar man den könsparadox som statistiken avslöjar; att fler män än kvinnor begår självmord trots att fler kvinnor är deprimerade?

Om bristande anknytning och depression – en könsneutral teori

En evolutionär förklaring till depression tar sin utgångspunkt i att det måste finnas mekanismer som gör att det gör ont när vi förlorar en livsviktig anknytning, förklarade Marie Åsberg.

– Denna teori stämmer väl överens med andra psykologiska teorier om anknytning, sade Gunilla Bohlin. Vi behöver mycket skydd från primärvårdaren under den första väldigt långa hjälplösa tiden, i form av ett band med närhet, fysiskt skydd samt social och psykologisk stimulans. Om primärvårdaren försvinner reagerar babyn och försöker att kalla tillbaka den person som den behöver för överlevnad.

I den reaktionen finns en slag ursprungsdepression, vars mekanismer vi har med oss hela livet, fortsatte hon. I forskning har man filmat barns reaktioner när de blir övergivna. Man ser då hur barnen går igenom olika faser. I den första fasen dominerar ilska, sedan följer något som liknar depression. Barnet blir passiv, apatisk, leker inte, äter inte.

Men detta förklarar inte varför kvinnor är mer deprimerade som vuxna, inflikade bland annat Margareta Söderström, varvid Marie Åsberg och Gunilla Bohlin svarade att anknytningsmodellen är könsneutral och inte har för avsikt att förklara varför kvinnor är mer deprimerade som vuxna. Den förklarar endast varför det lilla barnet blir deprimerad och hur vi utvecklade en "beredskap" för att bli deprimerade senare i livet.

Resonemanget om anknytning kan även överföras till sociala och kulturella sammanhang. Karin Johannisson väckte tanken att anknytningsteorin kan kopplas till det växande antal människor som sjukskrivits för utbrändhet efter 1997.

– Kan den ökade tröttheten och sjukligheten i samhället översättas som en följd av nedmonteringar inom välfärdssystemet och minskade gemensamma strukturer, undrade hon?

En mycket intressant tanke, tyckte Marie Åsberg, som absolut ansåg man kunde sammanföra teorier om anknytning, vårt behov av beskydd av andra och att leva i grupp, med de förändringar som skett i arbetslivet med minskade trygghetssystem och galopperande sjuktal.

– Fragmenteringen av tidigare välfungerade arbetsgrupper, som närmast var managementideal för några år sedan, och den ökade arbetsbelastningen kan definitivt vara delförklaringar till det ökade antalet depressioner, sade hon. Inom exempelvis vården kan man också se hur värderingskonflikter

skapat frustration och dåligt samvete hos personalen som slits mellan ambitionen att hålla budget och att tillhandahålla en så bra vård som möjligt.

Resonemanget om anknytnings betydelse går dock stick i stäv med den statistik som visar att ensamlevande kvinnor mår allra bäst, påpekade Katarina Swahnberg. En paradox som kanske kan förklaras av att välmående handlar mycket om självaktning, och att dessa kvinnor själva valt att vara ensamstående, menade Iréne Matthis. Detta till skillnad från gifta kvinnor som "sitter fast" i lojaliteter mot partner och barn.

Ser man till historien är det tydligt att ensamstående kvinnor lever längst och ensamstående män mår sämst, tillade Anne-Sofie Ohlander. Men kanske kommer det faktum att papporna från och med 1940- och 50-talet börjat ta ett större praktiskt ansvar för sina barn och för sig själva att på sikt förändra bilden av mäns och kvinnors sjuklighet?

Om biologiska förklaringsmodeller i ett genusteoretiskt perspektiv

Hur mäns och kvinnors olika hormonuppsättning påverkar uppkomst och förekomst av depression diskuterades också.

Susanne Ringskog Vagnhammar fastslog att det finns studier som stödjer hypotesen om att minskade östrogenhalter ökar risken för depression hos kvinnor, och att vissa kvinnor mår bra av östrogenterapi.

Detta motsades av Birgitta Hovellius som menade att östrogenhypotesen tvärtom förkastats i studie efter studie och att detta faktum innehåller en viktig lärdom:

– Vi har trott på den här könshormonteorin i många år, att östrogen skulle betyda att kvinnor får hjärt-kärlsjukdomar cirka tio år senare än män, men idag kan ingen försvara den hypotesen. Därför måste vi vara ytterst försiktiga med könshormonmodeller framöver och ha väldigt stora belägg innan vi uppmanar allmänläkare att skriva ut SSRI-preparat för exempelvis klimakteriella eller premenstruella besvär.

– Jag håller med om att kvinnor är förtryckta och att det finns motstridiga resultat, svarade Susanne Ringskog Vagnhammar. Men det finns olika skolor för hur man ser på effekten av östrogen och klinisk erfarenhet visar också att många kvinnor är hjälpta av östrogensubstitution mot depression. Vi kommer aldrig ifrån att det finns en biologi som påverkar.

– Jag vet inte hur det är i enstaka fall, men det är i alla fall inte evidensbaserat att använda östrogenbehandling för depression, kontrade Birgitta Hovellius. Nu propagerar läkemedelsindustrin för att allmänläkare ska skriva ut SSRI-preparat för premenstruella besvär (PMS). SSRI-förskrivningen kommer att stiga ytterligare från en redan hög nivå. Just när vi kommit ur östrogenkatastrofen kan vi hamna i en ny medicinkatastrof.

Även Karin Johannisson kommenterade östrogenkatastrofen. Hur kunde det hända, frågade hon?

– Jo, läkarna skrev ut östrogen mot bakgrund av ett visst kunskapsläge, läkemedelsindustrin hade stora intressen i det, *men* det handlade ju också om att kvinnor villigt lät sig medikaliseras. Kvinnor måste våga bjuda lite motstånd.

– Precis, sade Gunilla Carlstedt. Att kvinnor själva säger att de blir hjälpta av östrogen måste ses mot bakgrund av den påverkan de blivit utsatta för och som gett dem föreställningen att de har en brist som måste kompenseras. Därför möter vi också idag kvinnor som har dåligt samvete för att de *inte* äter östrogen. De säger: "Jag *borde* äta östrogen, men jag har ingen lust."

– Jag tycker att man ska eliminera alla samhällseliga förklaringsmodeller innan man bestämmer vad biologiska faktorer betyder, betonade Ann-Sofie Ohlander. Ser man till historien har samhällseliga förklaringar en oerhörd genomslagskraft.

Historien stödjer inte biologiska förklaringsmodeller, framhöll hon. Bland dem som tog livet av sig på 1800-talet fanns exempelvis en kategori kvinnor som väntade barn utanför äktenskapet, det vill säga som begick självmord till följd av en samhällselig tillfogad skam. Detta faktum kan inte kopplas till hormoner, underströk hon. Att till exempel ensamstående män mår sämre än gifta har heller inget med hormoner att göra.

– Det finns ingen motsättning, replikerade Susanne Ringskog Vagnhammar. Det finns sociala och kulturella förklaringar till depressioner, men man kan heller inte blunda för de biologiska skillnader som finns och som har att göra med reproduktionen. Det ligger ingen värdering i att kvinnor har ett bredare bäcken för att kunna bära ett foster. Biologi samvarierar med sociala faktorer, och det finns också endogena depressioner som ärvs, som ligger i genetiken, och inte enbart utlöses av vad som händer socialt eller psykologiskt mellan människor.

– Samtidsbruset gör att det är mycket svårt för oss att se att vi är en del av den kulturs värderingar som vi lever i, svarade Ann-Sofie Ohlander. Det är därför en stor risk att vi inte ser de samhällseliga förklaringar som finns när man talar om biologi. Vad som händer i samtiden påverkar hur människor tolkar och förstår världen och läkare och andra som har ett biologiskt perspektiv bör hela tiden ha detta i åtanke. Vad som hände efter elfte september kan illustrera vad jag menar. Efter den händelsen började studenterna att ställa andra frågor och se på världen på ett nytt sätt. Det kom många fler frågor om rädslo.

Om livsvillkor – ett negligerat område i relation till depression

Könsparadoxen, att fler kvinnor klassas som deprimerade kan förklaras av flickors och kvinnors livsvillkor och de strukturer som präglar vårt samhälle, ansåg flertalet av seminariedeltagarna.

Katarina Swahnberg tog upp vad hon upplever som en i samhället negligerad men vanlig orsak till depressioner bland flickor och kvinnor, nämligen erfarenheter av övergrepp, som sexualiserat våld.

– Forskningen borde fokusera mer på sambandet mellan depressioner och posttraumatiska stressyndrom, ansåg hon. Det faktum att psykoterapi har mer effekt på kvinnor, som Marie Åsberg berättat, skulle kunna förklaras av att kvinnors depressioner ofta har sin grund i upplevelser av övergrepp. Medicinering kan i sådana fall endast höja stämningsläget något och dämpa ångest, medan psykoterapi kanske hjälper kvinnorna att bearbeta själva ursprunget.

Marie Åsberg höll med till viss del:

– Helt klart är att sexualiserade övergrepp, framför allt under uppväxten, ökar risken för personlighetsstörningar som borderline, vilket i sin tur ökar risken för depression.

Katja Gillander Gådin påpekade att skolans betydelse saknas i undersökningar av varför flickor rapporterar mer psykisk ohälsa. Hon menade att man närmare borde studera hur flickors utsatthet i skolmiljön påverkar risken för psykisk ohälsa inklusive depressioner. Det kan exempelvis handla om vilket utrymme flickorna får och om de kallas för hora eller utsätts för andra trakasserier.

Ett centralt begrepp i utforskandet av kvinnors depressioner är internaliseringsprocessen. Vad händer när kvinnor införlivar samhällets idealbilder av vad och hur en kvinna ska vara? Hur blir det beskrivna det upplevda, undrade Karin Johannisson.

– Det tycks som om kvinnor har en tendens att dämpa och inte höja jaget och rikta frustrationen inåt när de känner att de inte motsvarar idealen. För att förklara varför kvinnor väljer dessa defensiva strategier måste man resonera med hjälp av de stora historiska, strukturella mönster som skapar normen för det rätta kvinnliga. Dessa bilder reproduceras via en mängd koder och praktiker.

Kvinnor internaliserar normerna, förklarade Karin Johannisson, på så vis att om de inte svarar mot dem, så skapas tvånget att antingen anpassa sig eller uppleva sig som otillräcklig och "fel".

– Den kvinna som inte lyckas, definieras som avvikande, inte bara av läkarvetenskapen utan också av sig själv. Kvinnor anpassar sig på ett komplext sätt och de krav de lägger på sig själva är tyngre att bära än dem som kommer utifrån.

Ann-Sofie Ohlander gav perspektiv åt synen på kvinnor som otillräckliga genom att påpeka att även om kvinnor varit det missgynnade könet genom historien, så har kvinnors situation paradoxalt nog gjort dem starkare och fått dem att klara av saker som inte män klarat av. Arbetsuppgifterna i lantbruket var helt könsuppdelade, men kvinnorna kunde gå in och ta över männens uppgifter under perioder när männen var i krig, medan det var oacceptabelt för männen att gå in på kvinnornas område. Då tappade de sin manlighet.

Om vetenskaplighet och generaliserande resonemang – exemplet kvinnor som relationsorienterade

Flera seminariedeltagare var inne på att män och kvinnor blir deprimerade av olika orsaker. Kvinnor skulle enligt dessa erfarenheter och teorier vara mer relationsorienterade och drabbas av depression på grund av problem i relationer, medan mäns depressioner oftare kan härledas till bekymmer med ekonomi och "samhällsproblem".

Detta stämmer väl överens med resultaten i en befolkningsenkät från Östergötland, enligt Per Nettelblatt. I enkäten, som genomfördes under 2002, fick ett urval av 13 000 personer skatta sin psykiska hälsa och även beskriva vad de trodde att deras eventuella psykiska problem berodde på.

Kvinnorna i åldern 18–29 år uppgav depression/nedstämdhet som orsak till problemen, medan männen sade att det var vardagsproblem och ekonomiska problem. I gruppen 30–44 år sade kvinnorna att det berodde på bristande självförtroende, medan männen rapporterade att det berodde på arbetsproblem. För dem mellan 45 och 64 år uppgav kvinnorna en känsla av maktlöshet, männen arbetsmiljön. Bland pensionärerna angav kvinnorna oro/ångest och sociala problem, medan männen mådde dåligt på grund av en specifik händelse och ekonomi/samhällsproblem.

– Män är fokuserade på arbete och ekonomi, medan kvinnor har dålig självkänsla, är deprimerade och beskriver relationsproblem, sammanfattade Per Nettelblatt.

Anne Hammarström varnade för generaliserande resonemang där resultaten omvandlas till att gälla alla män och alla kvinnor, oberoende av olikheter beroende på klass, etnicitet, ålder med mera. Man får inte glömma att människor har olika bakgrund och lever i olika kulturer med varierande livsvillkor, underströk hon. Hon kritiserade bland annat teorierna om köns-socialisering, som utvecklats av den amerikanska psykoanalytikern Jean Baker Miller, och som Johan Beck-Friis refererade till.

– Millers teori om flickors och pojkars olika könsocialisering fick stort genomslag i medicinsk genusforskning under 1980-talet. Men den genus-teoretiska utvecklingen under 1990-talet ledde till att Miller kritiserades för att dra alla flickor (och pojkar) över en kam istället för att analysera olikheter bland flickor (och bland pojkar) i förhållande till framför allt social och etnisk bakgrund.

– Man ska naturligtvis alltid vara försiktig med generaliseringar, svarade Johan Beck-Friis. I den kliniska vardagen slås jag dock av att kvinnors depressioner ofta handlar om skuld över misslyckanden i intersubjektiviteten på grund av en ansvarskänsla för relationer och svårigheter att hantera ilska. Medan det för män många gånger istället handlar mer om skam över en upplevd impotens än om än misslyckanden i relationer.

Eva Magnusson påpekade att man inte lyckats repetera Gilligans forskning om kvinnlig och manlig moral:

– Miller och Gilligan betydde mycket i slutet av 70-talet och på 80-talet. Men i dag får dessa kritik av, inte minst, kvinnliga psykoanalytiker som vill föra in kultur, klass och etnicitet i teorierna, och då kan man inte generalisera på det sättet.

Inger Blennow menade att det också finns många män som är deprimerade på grund av relationsproblem, men att dessa inte fångas upp, eftersom bemötandet av män och kvinnor ser olika ut. Hon berättade om en pilotstudie vid ett sjukhus i Skåne, där hon tillsammans med Birgitta Hovellius studerat vilka frågor vårdsökande fått i samband med att man ställt diagnosen depression.

– Det visade sig att så fort det fanns en hereditet, så slutade man att fråga där. Fanns det en somatisk sjuklighet så slutade man fråga där och bland dem där man varken fann det ena eller det andra, så försökte männen flera gånger förtydlat att ta upp relationsproblematik, men utan gehör, ingen lyssnade. Bland annat fanns det en man som försökte berätta att han inte kunde tala med sin hustru, men ingen brydde sig. Han gjorde flera allvarliga suicidförsök.

Forskning och vetenskapssyn

Om forskningens inriktning och vetenskaplighet

En fråga som återkom i diskussionen var inriktningen på depressionsforskning och vad den har för betydelse för synen på depression. Ann-Sofie Ohlander påpekade att det ibland kan verka som om osårbarhet ses som ett ideal, utan att man ställer frågan på vilken nivå osårbarhet och okänslighet blir patologiskt. Sårbarheten kan vara en möjlighet till utveckling. Vad händer med människosynen i ett samhälle som inte tolererar sårbarhet, frågade hon? Hon var bekymrad över fokuseringen på kommersialiserbar bioteknisk och medicinsk forskning, på bekostnad av humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

Ett annat problem, enligt Birgitta Hovellius, är att forskningen om till exempel depression mestadels sker inom psykiatrin, medan behandlingen oftast sker inom allmänmedicinen.

– Endast en procent av de medicinska avhandlingar som publiceras gäller allmänmedicinsk verksamhet, där cirka hälften av alla läkarbesök görs. Vetenskapssamhället satsar mer och mer på forskning om celler och molekyler. Den kliniska forskningen är i kris i Sverige och antagligen även internationellt.

Kvaliteten på forskningsmetodikerna i de studier som väl görs, kan också ifrågasättas, ansåg Anne Hammarström. Hon manade till ett kritiskt synsätt:

– Jag är bekymrad över den bristande vetenskapligheten i många medicinska studier av depression. Vi diskuterar nu idag resultat från undersökningar som om de vore fakta, trots att många studier inte ens är baserade på ett representativt urval.

Eva Magnusson poängterade att forskningen ofta rör sig på en klinisk nivå och att det behövs mer kvalitativ forskning som låter individen träda fram och berätta:

– Då kan man fånga upp det oväntade, variationer som är lätta att missa med traditionella forskningsmetoder, och vi kan få ett genusperspektiv som är tillämpligt i praktiken.

Katja Gillander Gådin återkom till att forskningen måste studera sambanden mellan depression och erfarenheter av trauman som sexualiserat våld. Man borde utveckla instrument för att mäta erfarenheter av sexuella trakasserier och sexualiserat våld, menade hon.

I en ny studie från Socialstyrelsen där man ska mäta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar frågar man inte ens efter upplevelser av sådant.

Om skillnadstänkande och vetenskaplig stagnation

Ulrika Skoger väckte frågan om varför vi är så fokuserade vid skillnader mellan män och kvinnor.

– Varför är det så viktigt att hitta de här skillnaderna? Kan det förklara varför det är så svårt att förändra det här området och få ökad jämställdhet mellan män och kvinnor? Man ska ta skillnader på allvar, men får akta sig så att de inte blir självuppfyllande profetior. Det vore bättre om man kunde hitta en fruktbar väg att komma vidare, förbi de här underliggande strukturerna som definierar vad manlighet och kvinnlighet är.

– Jag delar Ulrika Skogers frustration, kommenterade Karin Johannisson. Vare sig vi väljer en biologisk eller en socio-kulturell förklaringsmodell riskerar man att skapa bilder av att könen är låsta i fasta strukturer. Detta är genusperspektivets ömma punkt; det handlar om könsskillnader, fastän det ska handla om relationer mellan kön. Men samtidigt som vi måste vara uppmärksamma på skillnadstänkandet, så måste vi paradoxalt nog kämpa för att en vuxen kvinnas kropp ska förstås utifrån egna förutsättningar och inte efter modellen av en 18-årig man. Det är viktigt att vi uppmärksammar hur olikhet används, så att vi inte repeterar ett historiskt mönster.

– Tyvärr bidrar även forskarvärlden till att vi fokuserar på skillnader mellan män och kvinnor, sade Eva Magnusson. Många psykologiforskare uppfattar kön som skillnader mellan kvinnor och män.

Om depressionsforskning på en klinisk-teoretisk nivå

Eva Magnusson och Anne Hammarström ifrågasatte den tankemässiga uppdelningen i "biologi" och "samhälle" som två helt olika saker, där genus och biologi skulle samspela, som seminariets titel antyder. Eva Magnusson menade att diskussionen delvis illustrerat hur svårt det kan bli att komma vidare i tänkandet när vi håller isär biologiska, historiska och kulturella perspektiv från varandra.

– Kanske kan en annan modell, som tar hänsyn till att människor alltid förstår biologi, psyke och samhälle diskursivt via deras olika yttringar, hjälpa tänkandet vidare och kanske hindra en del låsningar mellan discipliner, sade hon. Idag blir det tyvärr lätt så att om en psykolog presenterar en teori som bygger på både biologi och sociokulturella förklaringar, så refererar man till teorin som kulturell, medan man kanske kallat teorin biologisk om en läkare lagt fram den. Man kan ha olika förhållningssätt när det gäller kropp och biologi kopplat till depression, fortsatte hon. Det är vanligt att se kroppens bidrag till depression som biokemiska processer i hjärnan eller som kvinnlig reproduktionsbiologi. Båda dessa modeller leder till att man medikaliserar kvinnors kroppar och bekymmer. Och så länge kroppen teoretiseras enbart med biologiska ord och termer blir det svårt att lägga till genusteoretisk förståelse. Människor kan inte uppfatta någon "ren" biologi, utan våra sätt att förstå kroppen är alltid genomsyrade av "genus" i form av samhälleliga indelningar och ojämlikheter. Det är kanske där vi ska starta teoretiserandet.

– Genusforskningen inom medicin har till skillnad från mycket annan genusforskning precis börjat problematisera det du är inne på, kommenterade Anne Hammarström. Inom medicinen måste vi – till skillnad från i andra discipliner – problematisera både det sociala och det biologiska könet och framför allt samspelet mellan kön och genus.

Iréne Matthis ringade in diskussionen genom att konstatera att ingen disciplin och inget perspektiv enskilt kan ge oss en helhetsförståelse av depression hos kvinnor och män.

– Vi kommer alltid att vara tvingade att ha ett komplext sammanhang i huvudet, sade hon. Exempelvis kan östrogentabletter vara en bra lösning på individnivå, medan det på en annan nivå kan vara livsfarligt att gå ut och propagera för användning av östrogen. Hormonet oxytocin, som vanligen förknippas med ro och omsorg kan i vissa sammanhang istället väcka aggression, det vill säga ha motsatt effekt till den antagna.

Avgörande är att vi aldrig kan dra linjära orsak-verkan-samband, menade hon.

– Vi rör oss mellan tre nivåer: en klinisk individcentrerad, en klinisk teoretisk och en metateoretisk nivå. Diskussionen här idag har främst rört

sig på den klinisk-teoretiska nivån, där vi tror oss ha olika universella förklaringsmodeller: biologiska, sociala eller andra. Den klinisk-teoretiska nivån använder vi för att kunna kommunicera med varandra och förstå vad vi talar om. Men här stöter vi på problem, eftersom modellerna aldrig kan vara annat än ett praktiskt stödinstrument. Applicerar vi dessa på individnivå kan det bli väldigt fel.

Om depressionsforskning på en metateoretisk nivå

Irène Matthis underströk vikten av att lyfta diskussionen till den meta-teoretiska nivån, eftersom vi nu vet att kropp och hjärna inte fungerar linjärt på det enkla sätt som vi skulle önska. Vi måste beakta både orsak-verkan, linjära samband, *och* cirkulära diskursiva element, berättelserna, på en och samma gång, poängterade hon. Dessa korrelerar med varandra.

– Det vore bra om man kunde ha med denna komplexitet när man planerar forskningsprojekt, sade hon, så att man inte återigen hamnar på den förenklade, kliniskt-teoretiska nivån.

Margareta Söderström framhöll att den medicinska forskningen skulle vinna på att integrera ett genusperspektiv.

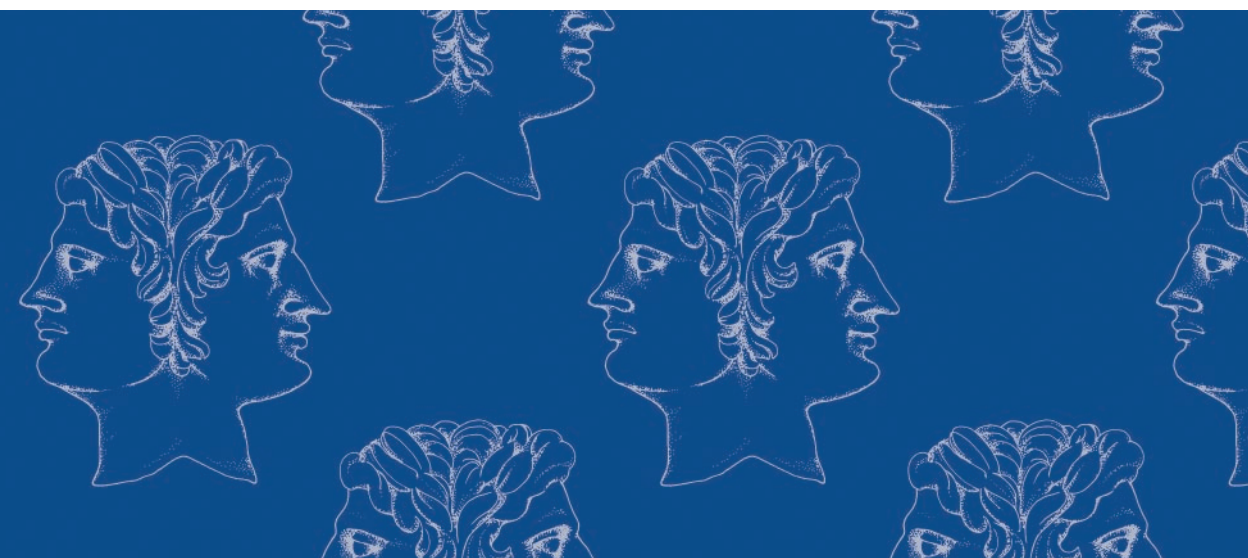
– Inom medicinen borde man diskutera de möjligheter man har att addera en ny vetenskapssyn till de traditionella synsätten för att kunna förstå en så komplicerad sjukdom som depression. Vi skulle kunna samarbeta i forskargrupper och ställa de forskningsfrågor som tidigare inte har ställts eller som är relevanta för att få fram ny kunskap och hitta nya sätt att hantera depressioner. Något är problematiskt när det är en så stor andel av befolkningen som äter mediciner för så kallade depressiva tillstånd.

Karin Johannisson summerade diskussionen genom att säga att det var modigt av Margareta Söderström att säga att man i den kliniska vardagen måste ha ett genusperspektiv för att kunna behandla depressioner.

– Diskussionen har visat att det finns så många tänkbara ingångar till depressioner, både biologiska skillnader och genusrelaterade orsaker kopplade till självbild och identitet. Kanske gör de diagnostiska verktyg vi har idag att utfallet blir större för kvinnor. Vetenskapssyn och skillnadsideologier slår igenom i läkarens praktiska verksamhet, något som går att visa med ett historiskt perspektiv men är svårt att demonstrera i vår egen samtid. Vi ser inte de strukturer som vi själva är en del av och bär upp. Men om vi vågar föra den här typen av diskussioner kan vi se hur värderingar om genus penetrerar vår praktiska verksamhet.

Med den synpunkten avslutades diskussionen och till alla medverkande riktades ett tack och en förhoppning om en fortsatt dialog.

Varför beskrivs kvinnor som mer deprimerade än män? Den frågan stod i fokus under en konferens med titeln "Depressionens janusansikte – biologi och genus i samspel" som Vetenskapsrådets kommitté för genusforskning anordnade i december 2004. Här bröts biologiska och genusvetenskapliga perspektiv om depression mot varandra i en öppen diskussion. I denna rapport sammanfattas såväl föredragen som de efterföljande diskussionerna.



Regeringsgatan 56 103 78 Stockholm Tel 08-546 44 000 Fax 08-546 44 180 vetenskapsradet@vr.se www.vr.se

Vetenskapsrådet är en statlig myndighet som utvecklar och finansierar grundforskning av högsta kvalitet inom alla vetenskapsområden. Vi arbetar med forskningsfinansiering, strategi och analys samt forskningsinformation. Målet är att Sverige ska vara en ledande forskningsnation.

ISSN 1651-7350

ISBN 91-7307-076-9
