



Sociologiska institutionen

Är du ledsen nu igen, lilla vän?

Genusperspektiv och konstruktion av flickor i offentliga utredningar och rapporter om ungas psykiska hälsa

04 08 11

Evelina Landstedt
Uppsats Soc 344, 41-60 p
Vårterminen 2004
Handledare: Johanna Esseveld

Abstract

Författare: Evelina Landstedt

Titel: Är du ledsen nu igen, lilla vän? – Genusperspektiv och konstruktion av flickor i offentliga utredningar och rapporter om ungas psykiska hälsa.

Uppsats 10 p Soc 344, 41-60 p

Handledare: Johanna Esseveld

Sociologiska institutionen, vårterminen 2004

Unga kvinnor och flickors psykiska hälsa är sämre än unga mäns och pojkars. Detta enligt såväl självrapporterade som medicinska uppgifter. Den psykiska ohälsan hos flickor ökar dessutom i både relativa och absoluta tal. Jämfört med pojkar är flickor oftare deprimerade, har sömnsvårigheter, känner oro och ångest, har depressiva symtom, är stressade och mindre nöjda med livet i allmänhet. Förutom att detta orsakar lidande och begränsningar i livet, ökar dessutom risken för fortsatt psykisk ohälsa även som vuxen. Mitt syfte med uppsatsen är att uppmärksamma sociala och strukturella faktorerens betydelse för unga flickors psykiska hälsa. Detta genom att undersöka om och/eller hur man i svenska utredningar och rapporter som behandlar ungdomars psykiska hälsa, problematiserar flickors situation ur genusperspektiv. Syftet är vidare att studera vilka tolknings- och förklaringsmodeller som dominerar inom fältet samt hur unga kvinnor och flickor framställs och konstrueras. Inspirerad av feministisk kritik av det medicinska paradigmet gör jag en diskursanalys av elva offentliga utredningar och rapporter med utgångspunkt i de genusteoretiska verktygen strukturellt symboliskt och individuellt genus samt biologisk/genetisk, sociokulturell och psykologisk förklaringsmodell. Genusteori inom fältet berör hur den manligt dominerade västerländska medicinen legitimerat och reproducerat en ojämlik genusordning genom att ”bevisa” att kvinnor är styrda av sina kroppsliga funktioner och svaga psyke och därmed underlägsna män. Den diskursanalytiska metoden och de struktur- och maktfokuserade genusteorierna möjliggör en analys av hur unga kvinnor och flickor konstrueras. Analysen visar att texterna domineras av ett deskriptivt och förhållningssätt som generellt sett inte problematiserar flickors psykiska ohälsa ur genusperspektiv. De individfokuserade biologiska/genetiska och psykologiska förklaringsmodellerna dominerar. Konstruktionen av flickorna sker främst genom en normalisering av deras sämre psykiska hälsa. Uppsatsens slutsatser kan sammanfattas som: Frånvaro av genusstrukturell analys och stort individfokus, och negligering och normalisering av unga tjejers psykiska ohälsa/problematik.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, genus, livsvillkor, diskurs, förklaringsmodell, konstruktion, normalisering.

Innehåll

1. Inledning	1
1.2 Syfte och frågeställning	1
1.3 Avgränsning	2
1.4 Disposition	2
2. Bakgrund.....	3
2.1 Ungas psykiska hälsa	3
2.2 Begreppen (psykisk) hälsa och ohälsa	5
3. Teoretiska utgångspunkter.....	6
3.1 Kön eller genus	7
3.2 Genusteori	7
3.2.1 Strukturell dimension	9
3.2.2 Symbolisk dimension	10
3.2.3 Individuell dimension	11
3.3 Genus och (psykisk) hälsa - samband och förklaringsmodeller	11
3.3.1 Genus, medicin och hälsa – kritik och samband	11
3.3.2 Förklaringsmodeller.....	12
3.3.2.1 Biologisk/genetisk förklaringsmodell.....	13
3.3.2.2 Sociokulturell förklaringsmodell.....	13
3.3.2.3 Psykologisk förklaringsmodell.....	14
3.4 Analysverktyg	15
4. Metod.....	15
4.1 Metodologi	15
4.1.1 Hermeneutik	15
4.2 Diskursanalys	16
4.2.1 Diskurs	16
4.2.2 Diskursanalys som metod	17
4.3 Urval och avgränsning	19
4.4 Material	20
4.5 Tillvägagångssätt	20
5. Analys	22
5.1 Förekomsten av genusperspektiv	22
5.1.1 Problematisering – möjligheten som försvann	22
5.1.2 Genus och psykisk ohälsa – osynliga samband	23
5.2 Förklaringsmodeller	25
5.2.1 Sociokulturella förklaringar	26
5.2.2 Biologiska och genetiska förklaringar	27
5.2.3 Psykologiska förklaringar	28
5.3 Konstruktioner	29
5.3.1 Normalisering	29
5.3.2 Ifrågasatt	29
5.3.3 I skuggan.....	30
5.3.4 Skuldbeläggning	30
6. Diskussion och sammanfattande kommentarer	31
7. Referenser	34

1. Inledning

”Det är ingen mening, jag kommer alltid vara så här. Alltid må så här kass. Känner mig helt störd, fattar du? Varför måste jag vara så låg hela tiden?”

Orden tillhör en sextonårig tjej som jag känner genom mitt extrajobb som ungdomspedagog. Liknande känslor och erfarenheter hade kunnat förmedlas av tiotusentals unga tjejer. Det är ur ilskan över denna situation, att så många unga tjejer mår psykisk dåligt, som idén till denna uppsats föddes. Min uppfattning är att psykisk hälsa har en fundamental betydelse för den enskilda människans förutsättningar och möjligheter och därmed även för hela samhällsutvecklingen i stort. Alla har rätt till en god psykisk hälsa. När genomgången av fältet dessutom visade på bristen på forskning som problematiserar unga kvinnors och flickors psykiska ohälsa, blev ämnet än mer angeläget. Varför lider unga kvinnor och flickor i så hög grad av psykisk ohälsa? Vad är det som gör att man samtidigt kan skära ned inom psykiatri, skolhälsovården och socialtjänsten? Varför är det enklare att få Cipramil eller Zoloft än en samtalskontakt? Listan över frågor kan göras lång där en fundering hänger sig kvar – kopplas psykisk ohälsa samman med unga tjejers livsvillkor? Utifrån min sociologiska och feministiska betraktelse av världen är jag av uppfattningen att vi bör rikta vår analytiska blick mot strukturer, den sociala omgivningen och människors livsvillkor för att finna orsakerna till psykisk ohälsa. Därmed inte sagt att medicinska förklaringar inte äger giltighet, de bör bara inte betraktas som givna sanningar. Eftersom jag dessutom anser att sociologin ska vara emancipatorisk så behöver analys- och förklaringsambitionerna inriktas mot de förhållanden som kan förändras; de sociala. Behovet av att anlägga ett genusperspektiv kan tyckas självklart; problematiseras unga flickors psykiska ohälsa ur genusperspektiv, vilka orsaksförklaringar formuleras och hur konstrueras unga kvinnor och flickor? I uppsatsen riktas frågorna och den analytiska blicken mot ”samhället”, här representerat av offentliga utredningar och rapporter som behandlar ungas psykiska hälsa. Genom att uppmärksamma detta område hoppas jag kunna bidra till att ny kunskap skapas. Kunskap som kan innebära skillnad för unga flickor idag.

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med följande uppsats är att uppmärksamma sociala och strukturella faktorerers betydelse för psykisk hälsa i allmänhet och unga kvinnors psykiska hälsa i synnerhet. Genom en genusteoretisk diskursanalys vill jag undersöka om och hur man i svenska utredningar och rapporter som behandlar ungdomars psykiska hälsa, beaktar genus i resonemang om, och förklaringar till, flickors och unga kvinnors psykiska hälsa. Jag har ambitionen att undersöka om det finns en medvetenhet om och vilja till att analysera och problematisera unga kvinnors psykiska hälsa i termer av genus, makt, livsvillkor och struktur. Jag avser dessutom studera vilka tolknings- och förklaringsmodeller som dominerar inom fältet samt hur unga kvinnor och flickor framställs och konstrueras.

Jag kommer att söka svar på följande frågor:

- Uppmärksammas och/eller problematiseras unga kvinnors och flickors psykiska hälsa ur ett genusperspektiv i svenska offentliga utredningar och rapporter som behandlar ungas psykiska ohälsa?
- Vilka förklaringsmodeller dominerar orsaksanalyser av psykisk ohälsa bland unga flickor?
- Hur konstrueras unga kvinnor och flickor i svenska offentliga utredningar och rapporter som behandlar ungas psykiska ohälsa?

1.3 Avgränsning

Uppsatsen behandlar inte forskning om suicid eller suicidförsök. Jag resonerar kring psykisk hälsa i allmänna termer och använder begreppen psykisk hälsa och psykisk välbefinnande synonymt med psykisk ohälsa, psykiska besvär och psykiska problem. Därmed inriktar jag mig inte på någon specifik problematik, besvär eller diagnos. Forskning har visat att psykisk ohälsa är starkt kopplat till sociala och socioekonomiska förhållanden.¹ Jag kommer dock inte att fördjupa mig inom detta område utan har för syfte att främst fokusera på i vilken utsträckning man i rapporter och utredningar problematiserar genusrelaterade faktorer. Därmed inte sagt att jag inte finner klass- och etnicitetsperspektiven intressanta. En djupare och mer heltäckande studie kräver att även de aspekterna inkluderas. Jag kommer att använda begreppen ”unga kvinnor”, ”tjejer” och ”flickor”. Dels på grund av att jag diskuterar psykisk hälsa i åldersgruppen 13 till 24 år (med fokus på 15 till 20 år) inom vilken samtliga beskrivningar ryms, och dels utifrån ambitionen att variera texten och minska upprepningar. Jag använder begreppet ”flickor” trots att jag menar att det har en viss förminskande klang. Avgränsning avseende material diskuteras under metodkapitlet.

1.4 Disposition

För att ge läsaren en god insikt i fältet ungas, och då främst unga kvinnors, psykiska hälsa har jag valt att göra nästkommande bakgrundskapitel förhållandevis långt. Min uppfattning är att just bakgrunden till min problemdiskussion är central, dels på grund av att forskningen visar en förhållandevis entydig bild av unga tjejers psykiska hälsa, och dels på grund av att jag själv inte har tagit fram något eget empiriskt material. Uppsatsen består därefter av följande kapitel: Teoretiska utgångspunkter, där jag fördjupar mig i begreppet genus med fokus på struktur och makt samt diskuterar den feministiska kritiken av medicin och psykologi. Kapitel fyra behandlar mina metodologiska utgångspunkter; hermeneutik och diskursanalys, samt redovisar mitt tillvägagångssätt. I analyskapitlet diskuterar jag, med utgångspunkt i uppsatsens frågeställning, rapporternas och utredningarnas innehåll utifrån valda teoretiska analysverktyg. Här väljer jag att lägga tyngdpunkten på strukturella aspekter samt konstruktion. I det sista, sjätte kapitlet, fortsätter jag med mina egna reflektioner, slutsatser och ger kortfattat förslag på ny forskning.

¹ Socialstyrelsen 2001

2. Bakgrund

I detta avsnitt ges en bakgrund till omfattningen av psykiska problem/psykisk ohälsa bland ungdomar i Sverige med fokus på hur situationen ser ut för unga kvinnor och flickor. Rent generellt kan konstateras att det inte finns så mycket sammanställd data om svenska ungdomars psykiska hälsa samt att existerande statistik är osäker. På grund av denna brist på data kommer jag att i denna bakgrund använda resultat från några av de utredningar och rapporter som jag senare analyserar. Detta behöver inte bli problematiskt eftersom min avsikt inte är att granska resultaten eller undersökningarna i sig, utan texternas eventuella problematisering och/eller analys av genus i relation till flickors psykiska ohälsa. Jag redogör även för, och diskuterar, de dominerande definitionerna av begreppen (psykisk) hälsa och ohälsa.

2.1 Ungas psykiska hälsa

Enligt folkhälsoinstitutet m.fl. klassas psykisk ohälsa som ett av de största folkhälsoproblemen som ger upphov till omfattande mänskligt lidande, betydande ekonomiska och sociala konsekvenser. Psykisk ohälsa är den näst största sjukdomsburden mätt i DALYs (disability adjusted life years).² Enligt en metod för mätning av hälsa hos barn och ungdomar, hamnar för åldersgruppen 0-14 år psykiska problem på andra plats efter spädbarnstidens sjukdomar. Att värna och främja barn och ungdomars psykiska hälsa är angeläget eftersom psykiska besvär i tonåren, enligt studier och uppföljningar av ungdomspsykiatripatienter, visar att psykiska problem under tonåren är en riskfaktor för fortsatt psykisk ohälsa även som vuxen.³

Under de senaste 40-50 åren har ett fåtal epidemiologiska undersökningar fokuserat på förekomsten av psykiska problem bland barn och ungdomar. Dessa undersökningar visar en hög frekvens av psykiska problem där mellan 10 och 25 procent av barn och ungdomar rapporteras ha besvär av sådan omfattning att de skulle behöva särskilt stöd eller behandling.⁴ De mest refererade aktuella undersökningarna idag är *Svenska skolbarns hälsovanor*⁵ och *Undersökning av levnadsförhållanden*⁶ vilka båda visar på en ökning av psykiska problem bland unga kvinnor såväl i absoluta som relativa tal. Andra studier och uppföljningar visar att de psykiska besvären inte har ökat och hävdar att (den påstådda) ökningen förklaras av en ökad medvetenhet, kunskap och mindre tabun inför psykiatrisk vård samt påverkan från samhällsdebatt och klimat som synliggör och accepterar psykiska besvär i högre grad än tidigare.⁷ Enligt undersökningen om skolbarns hälsovanor från 2001/2002 anser sig 29 procent av flickorna och 49 procent av pojkarna i nian att de trivs med livet. Detta är en avsevärd skillnad från slutet på 80-talet då 51 respektive 59 procent uppgav att de trivdes med

² Winzer 2003 s 18

³ Socialstyrelsen 2001 s 174, Walker; Townsend 1998

⁴ SOU 1997:8 s 20

⁵ Folkhälsoinstitutet, Danielson 2003. Svenska skolbarns hälsovanor är en del av WHO:s studie av europeiska skolbarns hälsovanor och genomförs vart fjärde år av Statens folkhälsoinstitut. 4500 elever i åk 5, 7 och 9 deltar. Jag presenterar här främst data om femtonåringarna.

⁶ SCB 2001/2002

⁷ Stattin 2002, Danielson 2003, SOU 1997:8 s. 18, 22

livet. 3 procent av pojkarna och 18 procent bland flickor uppgav att de inte trivs så bra eller inte trivs alls. Vid femton års ålder rapporterar flickor såväl fler problem som lägre välbefinnande än pojkarna. Fler flickor än pojkar uppger att de har psykosomatiska besvär som huvudvärk, sömnproblem, att känna sig nere eller nervös.⁸ Enligt *Undersökning av levnadsförhållanden* har den psykiska hälsan bland 16-24-åringar stadigt försämrats sen slutet av 80-talet. Symtom som ångslan, oro, ångest, sömnbesvär eller trött för jämnar har ökat främst bland unga kvinnor i alla socioekonomiska grupper. Från tretton års ålder är det betydligt fler flickor än pojkar som uppger att de har psykiska besvär minst en gång i veckan. Sömnbesvären har sedan 1988/89 ökat med 90 procent hos unga kvinnor (från 13-25 procent) och 50 procent hos männen. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel är dubbelt så hög för unga kvinnor som för unga män.⁹

Den ”tyngre” problematiken som betecknas som psykisk störning eller sjukdom är relativt stabil över tid. Enligt psykiatriutredningen från 1992 samt Lundbyutredningen (1970) lider 13-15 procent av den vuxna befolkningen av någon form av psykisk störning. Hur detta ser ut för ungdomar är däremot osäkert. Uppskattningsvis hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män kommer någon gång i livet att drabbas av en depression som behandlas eller behöver behandling. Prevalensen av depression skattas till mellan 3 och 5 procent.¹⁰ För gruppen ungdomar saknas motsvarande nationell data. I en studie i Uppsala av 2300 ungdomar mellan 16-17 år uppgav 8,9 procent och flickorna och 2,3 procent av pojkarna symtom tillräckliga för diagnosen depression.¹¹

Enligt *Svenska skolbarns hälsovanor* anser drygt 40 procent av flickorna i nian sig vara för tjocka mot ca 17 procent av killarna. De femtonåriga flickorna är betydligt mer stressade över sitt skolarbete än de jämnåriga pojkarna. Två tredjedelar uppger sig vara mycket eller ganska mycket stressade av sitt skolarbete mot 41 procent av pojkarna. Självskadande beteende som att skära eller bränna sig har under den senaste tiden uppmärksammats i allt högre utsträckning. Enligt en kartläggning från Socialstyrelsen från tidigare i år framkommer att en tredjedel av flickor som var placerade på Statens institutionsstyrelses institutioner skadar eller har skadat sig själva.¹² Jag kommer av avgränsningsskäl att utelämna analys av självmord och självmordsförsök. Intressant att notera är dock att självmord är vanligare bland unga män medan självmordsförsök är vanligare hos unga kvinnor. De kvinnor som begår suicid har försökt flera gånger tidigare.¹³

Den statliga barnpsykiatriska kommittén¹⁴ konstaterar att ungdomars psykiska problem har ökat under 1990-talet, och då främst bland unga kvinnor, och föreslår att barn och ungdomars psykiska hälsa bör undersökas kontinuerligt genom nationella epidemiologiska undersökningar. Regeringen har gett Socialstyrelsen och Epidemiologiskt centrum (EpC) i

⁸ Danielsson 2003

⁹ Winzer 2003

¹⁰ Socialstyrelsen 2001 s 83

¹¹ Olsson 1998

¹² Socialstyrelsen 2004

¹³ Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) 2004

¹⁴ Delbetänkande SOU 1997:8, slutbetänkande SOU 1998:31

uppdrag att utforma en nationell studie. Curt Hagquist vid Epidemiologiskt centrum är ansvarig för undersökningens design, vilken förväntas vara klar under hösten 2004.

Ovanstående uppgifter visar sammantaget en bild av att unga kvinnor och flickor rapporterar sämre psykisk hälsa än sina jämnåriga manliga kamrater både avseende psykosomatiska besvär och depressiva symtom. Dessa resultat får även stöd i internationella studier.¹⁵ Detta är enligt min uppfattning en angelägen politisk och vetenskaplig fråga som kräver en genusteoretisk analys. En av uppsatsen syften är att undersöka om min uppfattning får medhåll i svenska offentliga utredningar och rapporter.

2.2 Begreppen (psykisk) hälsa och ohälsa

Begreppen hälsa och psykisk hälsa är mångtydiga begrepp som inte enkelt kan definieras. Det kan ändå vara intressant att ge en kort översikt av begreppens ontologi. Inom det biomedicinska paradigmet som jag bedömer dominerar såväl medicin som psykologi fokuserar man på de negativa aspekterna av hälsa, dvs. ohälsa och sjukdom. Hälsa definieras här som frånvaro av sjukdom. Sjukdom i sin tur är en statistisk abnormalitet, dvs. ett tillstånd där en funktion i kroppen avviker från uppsatta gränser inom en statistisk normalfördelning för funktionen. Sjukdom förutsätts lämna spår i kroppen och blir alltså motsatsen till hälsa. Med denna definition säger man sig vara värdeneutral eftersom den sägs grundas i ”objektiva” mätningar av biologiska funktioner. Sjukdom kan med andra ord mätas.¹⁶ I kontrast till de biomedicinska definitionerna, är den holistiska synen på hälsa och ohälsa handlingsinriktad och betraktar hälsa utifrån individens förmåga att uppnå vitala mål givet att omständigheterna är acceptabla. Ohälsa i sin tur ett tillstånd som tenderar att nedsätta individens generella förmåga. Psykisk hälsa är då individens generella psykiska förmåga att uppnå vitala mål. Olika hälsotillstånd kan enligt detta perspektiv placeras på en skala mellan ”full” hälsa respektive ohälsa.¹⁷

Vad som betraktas som normalt psykiskt hälsotillstånd eller som psykisk ohälsa, störning eller sjukdom är ospecificerat och omgärdas av spekulationer och antaganden.¹⁸ Diagnostiseringsmanualen DSM-IV sätter upp kriterier för olika tillstånd utifrån vilka gränser kan dras mellan vad som betraktas som psykisk störning och allmänna mänskliga problem. Grundkriterierna utgår ofta från olika former av avvikelser avseende funktioner, förmågor och beteende samt fokuserar på konsekvenser för psykiskt lidande och social funktion.¹⁹ Ett problem är att antalet sjukdomar som omfattas av DSM-IV ökar och att allt fler beteenden och egenskaper klassas som störningar eller avvikelser. Enligt kriterier från DSM-IV skulle en fjärdedel av den amerikanske befolkningen lida av en psykisk störning.²⁰ Dessutom präglas DSM-IV och dess handbok enligt vissa genusteoretiker, av en manlig bias där kvinnor och kvinnors psykiska besvär konstrueras enligt traditionella genusstrukturer.²¹

¹⁵ Se exempelvis Schraedley et al 1999

¹⁶ Boorse 1977, Malterud 2002

¹⁷ Nordenfeldt 1996, Tengland 1999

¹⁸ Bondi; Burman 2001

¹⁹ American Psychiatric Association 1999

²⁰ Tengland 1999

²¹ Cermele et al. 2001

På grund av bristen på enhetliga avgränsningar och definitioner av psykisk hälsa och ohälsa har Socialstyrelsen försökt bringa reda bland begreppen och föreslår följande definitioner:

- Psykisk sjukdom/allvarlig psykisk störning: en från normaliteten allvarlig avvikelse som kännetecknas av en störd verklighetsuppfattning, framför allt psykoser.
- Psykisk störning: en lindrigare avvikelse, beskriven i de diagnostiska systemen (ICD-10 och DSM-IV). Hit hör sjukdomsgrupperna depression, ångesttillstånd, beroenden.
- Psykisk ohälsa kan innefatta ovanstående begrepp men innebär också subjektiv upplevda och självrapporterade besvär av psykisk natur, som sömnbesvär, trötthet, ångslan, oro och ångest.²²

Beträffande psykisk sjukdom och störning kan vi se att den klassiska biomedicinska uppdelningen mellan normalitet och avvikelse är gällande. *Psykisk ohälsa* får däremot en bredare och mer holistisk definition, där personens egen upplevelse tillmäts större betydelse.

Psykiska problem bland barn och ungdomar kan indelas i två riktningar: a) Inåtriktade problem med ångslan, oro, nedstämdhet, tillbakadragenhet, så kallat ”tyst” inåtagerande, och b) Utåtriktade problem som karaktäriseras av aggressivitet, normbrytande beteende och dålig självkontroll – utåtagerat handlande. I uttrycken för sin psykiska ohälsa är flickor mer inåtagerande i kontrast till utåtagerande pojkar.²³

3. Teoretiska utgångspunkter

Jag ska i detta kapitel redogöra för mina teoretiska utgångspunkter. I uppsatsens frågeställning och syfte ställs frågor som behandlar ett flertal begrepp och analytiska kategorier som behöver utredas närmare. Det är alltid av central betydelse att redogöra för de teoretiska och analytiska grunderna till det perspektiv man ska anlägga. I detta fall, där jag gör en analys ur genusperspektiv är det lika angeläget om inte ännu mer eftersom begreppen genus och genusperspektiv inte har en enkel förklaring och dessutom har kommit att användas av allt fler i de mest skilda betydelser. När forskningen om genus växer ökar tendensen att begreppet betraktas som oproblematiskt.²⁴ Anne Hammarström kritiserar hur begreppet kommit att urvattnats teoretiskt, analytiskt och emancipatoriskt och blivit en ”trendterm” som även används i forskning som varken grundas i någon form av teori eller har för syfte att bidra till förändring. Hammarström understryker att genusperspektiv är mer än att presentera könsuppdelade resultat.²⁵

Trots att jag i denna uppsats har för syfte att studera hur unga tjejer konstrueras och om/hur deras psykiska ohälsa problematiseras är jag av den stränga uppfattningen att genus och

²² Winzer 2003 s 18

²³ SOU 1998:31 s 66, Schraedley et al 1999

²⁴ Carlson 2001 s 27

²⁵ Hammarström 1998, 2002, 2004

genusperspektiv inte endast rör kvinnor. Med ett sådant synsätt riskerar vi att understödja och reproducera traditionella uppfattningar om att män representerar människa och kvinnor kön.

Innan vi påbörjar den förkortade resan genom den genusteoretiska och feministiska litteraturens landskap av teorier och begrepp vill jag klargöra att jag här inte avser att föra något utredande resonemang om det finns en ojämlik maktrelation baserat på kön/genus. Jag utgår från att vi lever i ett hierarkiskt samhälle där män som grupp är överordnade kvinnor som grupp. Denna ojämlikhet återfinns i såväl det privata som offentliga livet och uttrycks politiskt, socialt, ekonomiskt och ideologiskt.²⁶

3.1 Kön eller genus

Innebörden i, och analyser av, begreppen kön och genus har åtskilliga feminister ägnat och ägnar sig åt att utreda. Begreppet kön har kommit att beteckna det biologiska könet medan genus betonar att kön är socialt definierat och konstruerat.²⁷ Denna uppdelning mellan kön och genus härrör från engelskans ”sex” och ”gender”. Det nordiska begreppet kön har både en social och biologisk betydelse och innefattar därmed mycket av det som i engelskan ses som gender. I nordisk feministisk forskning används fortfarande begreppet kön.²⁸ Det finns emellertid en tämligen stark kritik mot distinktionen mellan (biologiskt) kön och (socialt) genus och vad som egentligen är determinerande för vad. Sedan genusbegreppet introducerades har kropp och biologi inte problematiserats nämnvärt för att uppmärksammas allt mer idag. Kroppen, vare sig det är den biologiska eller den levda erfarna kroppen, har betydelse för identitet och erfarenheter som kan höra till ”genussfären”. Kön och genus kan därmed inte betraktas som frikopplade från varandra.²⁹ Såväl Connell (2001) som Stoppard (2000) söker inkludera kroppen i genusteori. Denna aspekt är av betydelse när vi diskuterar genus i relation till unga tjejer, livsvillkor, självuppfattning och erfarenheter.

Att jag valt att göra en analys ur genusperspektiv utesluter inte användandet av begreppet kön. I denna uppsats kommer jag, av språkliga och praktiska skäl, att använda både kön och genus där jag med kön avser den sociala och kulturella betydelsen. Däremot anser jag att genus har en analytisk fördel eftersom det understryker att vi talar om konstruktioner, om symboler, idéer, föreställningar och stereotyper. Dessutom är genus ett mer dynamiskt begrepp än kön som betonar att det skapas relationellt.³⁰

3.2 Genusteori

Det finns en mängd olika teorier om genus vars innehåll och betydelse varierar från teori till teori och med respektive teoris användning och syfte. Gemensamt är dock att man har en konstruktivistisk utgångspunkt; genus används för att begreppsliggöra att relationen mellan kvinnor och män, liksom mäns och kvinnors beteenden, sysslor och vad som anses manligt

²⁶ Holmberg 1993 s 214

²⁷ Nationella sekretariatet för genusforskning 1999 s 7

²⁸ ibid, Mulinari et. al 2003 s 57

²⁹ Carlson 2001 s 29f

³⁰ Mulinari et. al 2003 s 206, Nationella sekretariatet för genusforskning 1999 s 12

eller kvinnligt, inte är biologiskt givet utan är historiskt, socialt och kulturellt konstruerat. Därmed är genus inte en essentiell egenskap eller identitet. Det övergripande syftet med att dela upp (biologiskt) kön och genus är att bekämpa uppfattningen om kvinnors underordning som rättfärdigad genom att det skulle vara naturlig och därmed oföränderlig.³¹ Som vi ska återkomma till har frågan om konstruktivism kontra essentialism betydelse för uppfattningen om hur skillnader i mäns och kvinnors hälsa kan förklaras och förstås.³²

Genus relaterar alltså till den sociala konstruktionen av könsskillnader och syftar till att utforska, kritiskt granska och problematisera kulturella tolkningar av dessa. Genus är dock mer än en social, symbolisk och kulturell representation av biologiska skillnader hos oss som individer. Genom genus synliggörs hur män och kvinnor skapas och konstrueras genom sociala relationer och hur dessa har en strukturerande kraft och konstitueras, symboliseras, och uttrycks i relationer, arbete, institutioner, lagar, texter, bilder och så vidare.³³ Hirdman (1993) sammanfattar:

Jag föreslår att vi med genus sätter namn på den alltmer komplicerade kunskap vi har om ”manligt” och ”kvinnligt”, vår allt större förståelse av hur manligt och kvinnligt ”görs” [...] genus kan förstås som föränderliga tankefigurer ”män” och ”kvinnor” (där den biologiska skillnaden alltid utnyttjas) vilka ger upphov till/skapar föreställningar och sociala praktiker, vilka kan få till följd att också biologin kan påverkas/ändras.

Därmed är genus inte något statiskt utan en process, något som är i ständigt ”görande”, som omformuleras och förändras. Detta visas om inte annat i hur genus skiljer sig historiskt, i tid och mellan kulturer. Genus kan däremot ha en varaktighet och hållbarhet som kan få det att framstå som ”naturligt”.³⁴

Hur genus ska analyseras och användas råder det delade meningar om. Grovt generaliserat kan två riktningar identifieras; de, exempelvis antropologen Anne-Marie Thurén, som ser genus som en organiseringsprincip som inte nödvändigtvis är hierarkisk, det vill säga att genus kan betraktas som ”neutralt” i maktänseende och att det kan finnas samhällen med ickehierarkiska genussystem.³⁵ Den andra inriktningen, exempelvis företrädd av Yvonne Hirdman, förutsätter att genusrelationerna är ett uttryck för, konstituerar och reproducerar, ojämlika maktförhållanden. Genus blir därmed en fråga om makt och hur kvinnligt och manligt skapas och återskapas som ojämlika dikotomier där fördelning av makt och resurser är centrala.³⁶ Jag kommer i denna uppsats att utgå från denna mer maktfokuserade teoririktning och ser genus som ett analytiskt verktyg för att identifiera och fånga grundläggande former för samhällets organisering, struktur och maktförhållanden, samt för att skapa förståelse och kunskap om människors liv och identitet. Här är det även centralt att se hur konstruktionen av genus anknyter till och samverkar med samhällsprocesser som rör klass, sexualitet och rasifiering.³⁷

³¹ Carlson 2001 s 18, Mulinari et. al 2003 s 277

³² Hammarström 1996 s 15f

³³ Mulinari et. al 2003 s 18 Connell 2001 s 22

³⁴ Hirdman 2001 s 80f

³⁵ Nationella sekretariatet för genusforskning 1999 s 6, Holmberg 1993 s 233ff

³⁶ Hirdman 1993, Carlson 2001 s 34, Mulinari et. al 2003 s 11

³⁷ Holmberg 1993 s 213ff, Mulinari et al. 2003 s 22f

Genus är en komplex kategori som kan analyseras på olika nivåer/dimensioner exempelvis rörande lönearbete, hemarbete, kultur, sexualitet, våld och staten.³⁸ Sandra Harding (1986) ser tre aspekter av genus som individuell, strukturell och symbolisk nivå. Hirdman gör en liknande indelning; socialisering/direkt inläring, social/institutionell och tankefigurer/kulturell överlagring, där maktformande sker på alla nivåer och integreras med varandra.³⁹ Genusordningen kan analyseras utifrån dessa dimensioner vilka dock är tätt sammankopplade och interagerar.⁴⁰ De tre dimensioner av genus utgör ett av uppsatsen analysverktyg. För en tydligare förståelse av såväl begreppet genus som för hur genus kan användas för att analysera samhället är det klokt att börja med att titta närmare på den strukturella dimensionen.

3.2.1 Strukturell dimension

Relationerna och processerna vari genus konstrueras och symboliseras är arrangerade i systematiska mönster vilka på en aggregerad nivå bildar genus som en social struktur.⁴¹ Denna struktur - uttryckt som genusordning, genussystem, patriarkat - medför att genus genomsyrar alla samhällen och betraktas vara en, eller den viktigaste, organiseringsprincipen för sociala och samhälleliga aktiviteter; vad män och kvinnor gör och hur sysslor och idéer värderas. Deskriptivt uttryckt med Hirdmans ord:

Genussystemet är en dynamisk struktur, en beteckning på ett "nätverk" av processer, fenomen, föreställningar och förväntningar, vilka genom sin interrelation ger upphov till ett slags mönstereffekter och regelbundenheter. [...] genussystemet är en ordningsstruktur av kön. Denna grundläggande ordning är förutsättningen för andra sociala ordningar, blivit basen för andra sociala, ekonomiska och politiska ordningar.⁴²

Dessa mönstereffekter och regelbundenheter kan vi exempelvis se inom arbetsdelningen i produktion och reproduktion, vilket är vad Harding avser med genus som struktur.⁴³ Vi ser dem dessutom inom utbildning, organisationer, föreningar, idrott, militären, lekar, umgänge. Hirdman menar att strukturen har två logiker: dikotomin, isärhållandets tabu - att manligt och kvinnligt inte bör blandas, och hierarkin, "den manliga normens primat" - att mannen är norm och hans förehavanden värderas högre än kvinnors. Det är just dessa två logiker som på alla nivåer fungerar reproducerande och bidrar till genusordningens stabilitet genom att de inte bara påverkar vem som gör vad på vilken plats och hur det värderas, utan även vårt sätt att tänka, våra drömmar, förhoppningar och begär och anpassar vårt inre till omgivande sociala och ekonomiska sammanhang.⁴⁴

³⁸ Connell 2001 s 78

³⁹ Hirdman 1993 s 152

⁴⁰ Harding 1986 s 53

⁴¹ Connell 2001 s 21, 77

⁴² Hirdman 1993 s 149

⁴³ Harding 1986 s 18

⁴⁴ Hirdman 1993 s 149ff, Gemzöe 2002 s 83

Jag kommer att använda begreppet genusordning vilken jag ser som en kategori som avser att analysera och förklara grunderna till maktförhållandena mellan kvinnor och män och hur dessa upprätthålls. Som jag redan klargjort utgår jag ifrån teorier som fokuserar på makt och hur samhället organiseras genom kontroll av arbete och sexualitet⁴⁵, varför jag i likhet med Sandra Harding ser genusordningen som:

[a] system of male-dominance made possible by men's control of women's productive and reproductive labour. [...] the sex/gender system appears to limit and create opportunities within which are constructed the social practices of daily life, the characteristics of social institutions, and all of our patterns of thought.⁴⁶

Här ska vi dock vara uppmärksamma på att genusordningen även kännetecknas av stora variationer mellan olika grupper av män och kvinnor avseende social, kulturell och etnisk bakgrund, sexualitet i-lands eller u-landstillhörighet eller religion. Dessutom är det centralt att se hur manlig dominans även uttrycks i institutionaliserad makt.⁴⁷ På samma sätt som genus inte kan betraktas som givet och statiskt måste vi se dynamiken i genusstrukturen.

3.2.2 Symbolisk dimension

Symboliskt genus illustreras främst av hur genuskodade dikotomier och andra föreställningar om genus präglar språk, tolkningar, ideologi, vetenskap och kultur. Typiska exempel på denna dualism, som även återfinns i dikotomierna kropp-själ och natur-kultur, är motsatspar som man-kvinna, förnuft-känsla, aktiv-passiv, subjekt-objekt, oberoende-beroende, intellekt-kropp, människa-kön. Detta förhärskande dualistiska tankesätt strukturerar våra föreställningar om vilka egenskaper, områden och verksamheter som är lämpliga för respektive kön, (vilka dock inte behöver ha någonting med könsskillnader att göra) och implicerar samtidigt att den manligt kodade delen värderas högre än den kvinnliga.⁴⁸ I genussymboliken finns således mekanismerna för genusifiering/genuskodning. Utmärkande är just hur ”manligt” och ”kvinnligt” hålls isär och betraktas som väsensskilda och icke likvärdiga.⁴⁹

Den symboliska dimensionen av genus förknippas ofta med konstruktionen av genus - hur vi *blir* män och kvinnor och vad som karaktäriserar denna process. Från vi är små skapar vi oss och tilldelas egenskaper, roller, livsutrymme utifrån dualismens mönster. Eller om man så vill: isärhållandet och hierarkins mönster.⁵⁰ Att följa genusordningens genuskodade egenskaps- och beteendenormer förenas med bekräftelse och belöning medan att bryta mot dem medför negativa sanktioner. Genom denna ”socialiserings-” och ”tillägnelseprocess”, som givetvis kan skilja sig avsevärt utifrån klass, etnicitet, nationellt ursprung och sexualitet, antar vi och tillskrivs förhärskande maskuliniteter och femininiteter.⁵¹ Hur aktiva eller passiva

⁴⁵ Holmberg 1995 s 233ff, Mulinari et. al 2003 s 12

⁴⁶ Harding 1983 s 311f

⁴⁷ Hammarström 2002 s 43, Connell 2001 s 81

⁴⁸ Harding 1986 s 17

⁴⁹ Connell 2001 s 89ff, Gemzöe 2002 s 83f, Carlson 2001 s 35

⁵⁰ Hirdman 1993 s 151

⁵¹ Connell 2001 s 104ff

vi är i dessa processer råder delade meningar om, däremot torde det stå klart att ideologi och symboliskt genus har stark inverkan på konstruktion av genus.⁵²

3.2.3 Individuell dimension

Den enskildes individuella genus är den dimension av genus som kan upplevas mest konkret. Vi rör oss nu inom området identitet och egenskaper där genus används som en samlande beteckning på typiska identiteter och egenskaper som kategoriserar individen som ”manlig” eller ”kvinnlig”. Konstruktionen och utvecklingen av genusidentitet blir därmed centralt. Denna process av genusidentitetsskapande sammankopplas tydligt med och präglar just ungdomstiden.⁵³ Här finns en tydlig koppling till symboliskt genus och hur det genomsyrar den individuella nivån som betonar likheter mellan individer av samma kön och olikheterna mellan individer av olika dito. Teorier om individens genus söker även förklaringar till genuskodade egenskaper där orsakerna kan vara psykologiska, psykodynamiska eller sociala.⁵⁴

3.3 Genus och (psykisk) hälsa - samband och förklaringsmodeller

De flesta feministiska teorier och texter inom ämnet genus och psykisk hälsa i allmänhet och genus och psykisk hälsa bland unga tjejer i synnerhet är psykologiska eller psykoanalytiska. Det finns exempelvis en del skrivet om feministisk terapi vilket dock faller utanför mitt område. Rent generellt råder det, enligt min bedömning, en brist på genusteoretiska angreppssätt inom området psykisk hälsa och ungdomar. Jag efterlyser i synnerhet sociologiska texter och teorier i ämnet. Det behövs dessutom teorier av mer tvärvetenskaplig karaktär. I följande avsnitt redovisas feministisk kritik av det medicinska paradigmet av genusforskare inom olika discipliner.

3.3.1 Genus, medicin och hälsa – kritik och samband

Genus- och feministisk teori kritiserar traditionell medicin och psykologi och teorier om hälsa och sjukdom/ohälsa för att låtit sin positivistiska och förment objektiva och värdeneutrala forskning utgå från män och mäns behov och villkor för att sedan generaliseras till att gälla även för kvinnor. Därigenom har maktförhållanden, kvinnor och kvinnors livsvillkor osynliggjorts.⁵⁵ Samtidigt har vanliga besvär och kvinnors normala fysiologiska funktioner klassats som sjukdomar. Även psykologin har utgått från en manlig norm och patologiserat och medikaliserat kvinnors symtom. I linje med det biomedicinska paradigmet har även psykisk ohälsa definierats i termer av biologisk avvikelse och abnormalitet. Orsakerna till depression och andra former av psykisk ohälsa har därför sökts i genetiska eller hormonella faktorer utan att ta hänsyn till individen i ett vidare sammanhang.⁵⁶ Biologisering och

⁵² Se Connell 2001

⁵³ Harding 1986 s 52, Stoppard 2000 s 116

⁵⁴ Carlson 2001 s 28ff

⁵⁵ Hammarström 1996 s 11, 2002 s 26, Malterud 2002

⁵⁶ Ballou;Gabalac 1984 s 57, 73, Sands 1998, Abbot;Wallace 1997 s 191

medikalisering av kvinnor har använts för att ”bevisa” att kvinnor är underlägsna män med konsekvensen att medicin och läkarvetenskapen, med sin höga status och auktoritet, används för att legitimera och rättfärdiga ojämlikheter mellan människor.⁵⁷ Dessutom visar forskning att läkare och terapeuter bemöter kvinnlig och manliga patienter på olika sätt och att kvinnors symptom bortförklaras som ängslighet med risk för feldiagnostisering som följd. Den forskning som bedrivits om orättvisor inom hälsa har historiskt fokuserats på klasskillnader framför skillnader mellan mäns och kvinnors hälsa.⁵⁸

I den traditionella medicinen har även funnits en tendens att betrakta frågor om genus och kvinnors hälsa som ovetenskapliga, subjektiva och politiska. Detta grundas i medicinens positivistiska uppfattning om sig själv och sin verksamhet som värdeneutral och objektiv. Kritik kan därmed betraktas som politiskt tyckande vilket ofta förlöjligas. Medicinens koppling till genus kan enkelt osynliggöras eller kommenteras utan vetenskaplig grund.⁵⁹ Hammarström tar upp ett exempel från en lärobok i psykiatri där vi kan läsa följande: ”De många tecken som pekar på att unga kvinnor befinner sig i en utsatt position (alkoholmissbruk, rökning, ätstörning och självmord) visar att jämställdheten fått betalas med ett alltför högt pris.”⁶⁰ Citatet visar på bristande insikt om sambanden mellan hälsa, makt och kön.

Att anlägga ett genusperspektiv inom medicin och psykisk hälsa innebär att problematisera vilka konsekvenser ojämlika maktrelationer och kvinnors och mäns livsvillkor har för hälsa. Hur påverkar erfarenheten av att vara kvinna den psykiska hälsan? Forskning visar att det finns ett samband mellan livsvillkor – en underordnad position, brist på inflytande, självbestämmande och makt, och ohälsa. Psykisk ohälsa hos unga tjejer kan ses som ett logiskt svar på förtrycket inom den rådande genusordningen.⁶¹ Här finns dock en risk att konstruera flickor som offer varför genusforskare betonar kvinnors och flickors motstånd och aktiva roll.

3.3.2 Förklaringsmodeller

I den vetenskapliga litteraturen finns olika former av modeller för att förklara skillnader i mäns och kvinnors sjuklighet, vilket i vårt fall blir skillnaderna i psykisk hälsa mellan pojkar och flickor, eller snarare varför flickor har sämre psykisk hälsa. Den gängse indelningen inom fältet psykisk ohälsa ger förklaringsmodellerna a) biologisk/genetisk, b) sociokulturell och c) psykologisk.⁶² Denna kategorisering innebär givetvis inte att psykisk ohälsa inte kan orsakas av en kombination av olika faktorer. Vilka processer och faktorer som är mest avgörande för unga kvinnors psykiska hälsa kan varken enkelt identifieras eller isoleras från varandra. Sociokulturella faktorer kan exempelvis påverka hormonnivåer eller kroppsform. De psykologiska och sociokulturella förklaringsmodellerna kan även de flätas in i varandra. Trots denna medvetenhet är det ändå fruktbart att se vilka förklaringsmodeller som dominerar i de

⁵⁷ Hammarström;Johansson 2002:30, Hovelius 1997

⁵⁸ Abbott;Wallace 1997:192

⁵⁹ Malterud 2002

⁶⁰ Ottoson 1995 citerad i Hammarström 2004:31f

⁶¹ Malterud 2002, Ballou;Gabalac 1984:38,Hammarström 1996 s 9, Abbot;Wallace 1997 s 205

⁶² Hammarström et al. 1996 s 15, Stoppard 2000 s 114, 119, Walker; Townsend 1998

rapporter och utredningar jag ska analysera. Jag redogör kort för modellernas allmänna innehåll varpå de genusteoretiska aspekterna behandlas. Eftersom genusforskare delvis har sett bort ifrån det biologiska redovisas de feministiska perspektiven endast under den sociokulturella och psykologiska modellen.⁶³

3.3.2.1 *Biologisk/genetisk förklaringsmodell*

Orsaker till ohälsa och skillnader i sjuklighet mellan kvinnor och män återfinns enligt den biologiska/genetiska förklaringsmodellen i skillnader mellan kvinnors och mäns biologiska konstitution avseende gener, hormoner och fysiologi. Denna modell, som dominerat medicinsk forskning, sägs orsaker till skillnader finnas inom individen.⁶⁴

3.3.2.2 *Sociokulturell förklaringsmodell*

Företrädare för sociokulturella förklaringsmodeller fokuserar på hur psykisk hälsa påverkas av sociala, ekonomiska, kulturella och politiska strukturella faktorer framför personlighetsanknutna- eller biologiska dito.⁶⁵ Den sociokulturella genusteoretiska kritiken efterlyser en bild av mental hälsa där de strukturella faktorernas betydelse omförhandlas och uppmärksamma sambandet mellan ojämlikhet mellan kvinnor och män och hälsa. Ur ett feministiskt perspektiv innebär det att förtryck och kvinnofientliga attityder bär ansvaret för en stor del av flickors och unga kvinnors psykiska ohälsa både i direkt och indirekt mening.⁶⁶ Direkt i exempelvis sexuella trakasserier, övergrepp och våld, skolmiljön, och sämre sociala, ekonomiska, politiska möjligheter. Indirekta i bemärkelsen att flickor internaliserar en destruktiv uppfattning om sig själv som dålig, svag och mindre värd. Konsekvenserna av detta kan ses i unga kvinnors upplevelse av maktlöshet, hopplöshet och underlägsenhet men också i ilska och motstånd. Dominerande normer och värderingar om exempelvis kropp och utseende samt de egenskaper och beteenden som flickor socialiseras till kan, enligt genusteoretiker ge negativa effekter på deras psykiska hälsa. Unga tjejers erfarenheter, livsvillkor och egna beskrivningar är centrala inom den sociokulturella analysmodellen.⁶⁷ En väg ifrån psykologisering av kvinnor kan vara att ersätta begreppet psykosomatik med sociomatik och därmed härleda orsakerna från biologiska och psykologiska förklaringar.⁶⁸

Genom en sociokulturell analys betraktas psykisk ohälsa och olika beteenden som sociala konstruktioner som produceras och reproduceras av forskare och professionellt verksamma inom exempelvis psykiatri och psykologi. Kvinnors och flickors erfarenheter och egenskaper konstrueras som ("objektiva") symtom på psykisk ohälsa, vilket kan ses som ytterligare en aspekt av medikalisering och patologisering av kvinnor med risk för stigmatisering som följd. Flera av de typiska symtomen på exempelvis depression, överensstämmer med klassiska

⁶³ Hammarström et al. 1996 s 15f

⁶⁴ ibid

⁶⁵ Stoppard 2000:83

⁶⁶ Ballou;Gabalac 1984, Sands 1998

⁶⁷ Gillander Gådin;Hammarström 1998, Ballou;Gabalac 1984, Sands 1998, Stoppard 2000

⁶⁸ Hammarström;Johansson 2002:34

feminint klassificerade egenskaper.⁶⁹ Enligt Stoppard (2000) grundas diagnoskriterierna i DSM IV på en frånvaro av kontextuell hänsyn där orsakerna till psykisk ohälsa förutsätts finnas inom individen. Vissa feministiska terapeuter undviker därför att använda DSM – IV.⁷⁰

3.3.2.3 Psykologisk förklaringsmodell

Om psykisk hälsa/ohälsa av ovanstående teorier ses som en följd av samhälleliga kollektiva faktorer betraktar den psykologiska riktningen mental hälsa som knutet till individen och dennes psykologiska utveckling. Enligt de genusteoretiska socialpsykologiska och psykoanalytiska teorierna socialiseras flickor till en stereotyp feminin personlighet karaktäriserad av relationsinriktning, beroende, passivitet och närhet. De egenskaper och beteenden som de socialiserats till kan få negativa effekter för det psykiska välmåendet beroende på identitetsutveckling, jag-bild och personlighet.⁷¹ Magnusson och Slater refererar till den feministiska teoretikern och psykologen Chodorows teori om hur dessa processer startar redan i mor-barn relationen som, på grund av kvinnors större ansvar för omsorg om barn, upplevs olika av pojkar (som skillnad) och flickor (som likhet) med skiljd personlighetsutveckling som följd. Flickors identitetsutveckling kopplas till mamman och karaktäriseras av närhet, relationsinriktning och vårdande.⁷²

Relationen till sig själv och andra, betraktas således som viktiga aspekter för flickors psykiska utveckling. Dessa egenskaper behöver inte vara negativa men riskerar leda till en personlighet präglad av osäkerhet, beroende, låg autonomi och ett behov att definiera sig själv genom andra. När flickorna samtidigt socialiseras till en klassisk kvinnoroll karaktäriserad av självkritik, svaghet, och låg självkänsla ökar risken för exempelvis depression.⁷³ Unga tjejers sjunkande självförtroende och tysthet är en ytterligare aspekt som intresserat feministiska teoretiker inom psykologi. Crawford och Unger tar upp hur psykologen Carol Gilligan menar att flickor i förhandlandet mellan att ta plats och att inte ta plats anpassar sig genom att utveckla ett slags falskt medvetande om sig själva, och tystnar. Socialisering resulterar på så vis i psykologisk sårbarhet.⁷⁴ Magnusson visar vidare hur andra feminister, exempelvis Jean Baker Miller, dessutom har kritiserat kriteriet för psykisk hälsa som avser anpassning till dominerande sociala normer, eftersom de dominerande sociala normerna oftast är synonyma med maktstrukturer och därmed bör betraktas som ett problem snarare än en lösning.⁷⁵

⁶⁹ Stoppard 2000 s 29, Sands 1998, Hammarström;Johansson 2002:31

⁷⁰ Stoppard 2000:29ff, Sands 1998

⁷¹ Slater 2001, Bondi;Burman 2001

⁷² Slater 2001, Magnusson 2003:221

⁷³ Slater 2001, Sands 2001

⁷⁴ Crawford;Unger 2000:255f, Slater 2001

⁷⁵ Magnusson 2002 s 218

3.4 Analysverktyg

De teoretiska utgångspunkterna kan sammanfattas som ett analysverktyg. Genus kommer att studeras ur olika perspektiv eller *dimensioner* och orsaksförklaringarna utifrån tre *förklaringsmodeller*.

Genusdimensioner

- Strukturell
- Symbolisk
- Individuell

Förklaringsmodeller

- Biologisk/genetisk
- Sociokulturell
- Psykologisk

Vad gäller genus ligger mitt fokus på det strukturella perspektivet.

4. Metod

Följande uppsats är en textanalys utförd i form av diskursanalys utifrån specifika genusteoretiska analysverktyg. Min frågeställning rör frågor om makt, struktur och konstruktion varför jag fann diskursanalysen, i synnerhet den kritiska diskursanalysen, intressant. Dessutom bedömer jag att diskursanalys är bredare och öppnare än en klassiskt strikt formaliserad textanalys där fasta kategoriseringar utgör utgångspunkten för analysen. Jag använder förvisso ett teoretiskt verktyg som syftar till att kategorisera materialet och strukturera analysen, men detta verktyg ska i huvudsak ses som en tolkningsram.⁷⁶ Jag har velat ge teorin ett stort utrymme vilket jag fann möjligt i diskursanalysen.

Materialet består av elva offentliga rapporter och utredningar. Under rubrikerna urval och avgränsning, material och tillvägagångssätt utvecklar jag hur och varför texterna har valts samt hur jag genomfört uppsatsarbetet. Jag vill dock börja med att diskutera vad analys och tolkning innebär samt redogöra för diskursanalysens grunder, fördelar och nackdelar.

4.1 Metodologi

4.1.1 Hermeneutik

Analysen bygger på tolkningar. Vad utgör då grunderna för tolkning, hur kan vi förstå tolkningen? Rötterna till följande diskursanalys kan hittas i hermeneutiken. Hermeneutik kan ses som en metodlära i problematisering av förståelse och tolkning i sig men ska i detta sammanhang betraktas som ett sätt att studera tolkning av text med syfte att finna en

⁷⁶ ibid

förståelse för dess mening. Att tolka innebär därmed att söka finna en underliggande mening eller att säga något som framstår som oklart på ett tydligt sätt. Vad vi avser med mening är en annan kärnfråga, för vem ska det vara meningsfullt? Inom sociologi kan mening kopplas till sammanhang, strukturer och identiteter.⁷⁷

Hermeneutiken uppmärksammar betydelsen att det inte finns någon förutsättningslös tolkning och att vi måste vara, eller göras oss medvetna om vår förförståelse. Dessa bör dessutom redovisas. För mig är förförståelse ett nödvändigt villkor för att få en riktning i min undersökning. Min förförståelse kan återfinnas i föregående teorikapitel där jag exempelvis klargör min tolkning av genus och feministisk kritik av det biomedicinska paradigmet. Vidare betonar hermeneutiken att mening skapas, framträder och endast är förståelig i ett sammanhang, i sin kontext. Det kan därför vara viktigt att skapa situationsbeskrivningar för att förstå betydelsen av specifika ord, uttryck eller handlingar.⁷⁸

Genom den hermeneutiska cirkeln görs tolkning och förståelse av mening till en process av ständig växling mellan meningen i textens delar och helhet. Helheten förstås genom dess delar samtidigt som delarna inte kan förstås utan en helhet. Helheten omfattar även förförståelse och omgivande kontext. Den hermeneutiska cirkeln belyser därmed sambanden och förhållandet mellan det vi ska tolka, vår förförståelse och det sammanhang tolkningen sker.⁷⁹

4.2 Diskursanalys

4.2.1 Diskurs

Begreppet diskurs kan lätt upplevas som tämligen abstrakt, mångtydigt och svårdefinierat. Sahlin resonerar kring hur begreppet inom sociologin inte har någon självklar mening vilket kan medföra en osäkerhet inför hur det ska användas. Hon utgår själv från en bred definition där diskurs är ”innehörden i vad vi säger och hur vi gör det”. Utan att fördjupa oss alltför mycket, kan vi konstatera att språket är det centrala; hur det avspeglar och binder våra tankar och handlingar samt producerar kunskap och mening.⁸⁰ Diskursanalysen har blivit kritiserad för att vara relativistisk och utgå från att det inte finns någon verklighet utanför språket. Den diskursteoretiska inriktning som jag valt utgår dock inte från den relativistiska uppfattningen.⁸¹

Sahlin tar upp hur Foucault ser diskurs som en ”framställningsordning”, en social praktik som skapar en viss typ av yttranden och utgör en historiskt bestämd form för vetande och kunskap. Diskursen kan ses som ett regelsystem som legitimerar och erkänner viss kunskap, och pekar ut vilka som har rätt att uttala sig med auktoritet, samtidigt som den utestänger, ”tystar”, andra idéer. Diskursen, exempelvis den om psykisk hälsa hos ungdomar, avgör vad som kan sägas, vem som får säga det och hur det sägs. Texten, språket är mer än en deskriptiv förmedling utan ses inom diskursanalysen som en handling. Därmed blir diskurs nära kopplat till makt

⁷⁷ Kvale 1997 s 49, Gilje;Grimen 1992 s 176, 194

⁷⁸ Gilje;Grimen 1992 s 183ff

⁷⁹ Kvale 1997 s 50f, Gilje;Grimen 1992 s 190ff

⁸⁰ Sahlin 1999 s 84ff

⁸¹ Bergström;Boréus 2000 s 257

och kontroll. Vi ska här påminna oss om att vi diskuterar den *hegemoniska diskursen*. Mot denna skapas också motdiskurser, alternativ och motstånd, vilket jag dock inte utvecklar vidare här.⁸² En grundpelare i diskursanalysen är att vår kunskap om världen är socialt och historiskt betingad. Kunskap beskrivs därmed inte i termer av objektiva sanningar utan ses som en social och historisk konstruktion. Denna kunskapskritiska uppfattning kan ses som en parallell till den feministiska vetenskapskritiken.⁸³

Diskursteoretikern Fairclough betonar diskursens dialektiska relation till den sociala strukturen. Som social praktik är diskursen socialt konstitutiv och socialt formad. Den konstruerar och konstituerar föreställningar om världen och sociala identiteter samtidigt som den formas och uttrycker aspekter av denna verklighet. Diskursen bidrar därför till både en reproduktion av rådande ordning och en förändring av den.⁸⁴ Sahlin uppmärksammar hur diskurser påverkar såväl den diskursiva kontexten, angränsande diskurser, som den sociala.⁸⁵ I mitt fall kan det vara intressant att se hur en genusteoretisk sociologisk diskurs om psykisk hälsa kan påverka diskurser inom psykologi, psykiatri och socialt arbete samt vilken påverkan den kan ha på maktstrukturer inom genusordningen. Eftersom jag anser att sociologin ska bidra till att förändra samhället är dessa aspekter av diskursanalysen ytterst centrala.

4.2.2 Diskursanalys som metod

Diskursanalys är en metod för att genom beskrivning och tolkning, förstå och förklara hur bilden (språket) av verkligheten konstrueras socialt. Syftet är inte att betrakta texten som information om en förment objektiv verklighet. Intresset riktas istället mot ”framställningsordningens” struktur, och textens uttryck för mening, vad texten implicerar och underförstår. Detta förutsätter en speciell syn på förhållandet mellan språk och samhälle där språkanvändning blir en handling som kan förändra såväl ideologiska uttryck som den struktur som skapar dem. Eftersom texten, enligt diskursteori, alltid förstås utifrån sin kontext syftar en sociologisk diskursanalys dessutom till förståelse av diskursens omgivande kontext och/eller hur diskursen skapar och upprätthåller sociala konstruktioner av, i mitt fall, unga kvinnor.⁸⁶

Diskursanalys är användbar för att studera konstruktioner av identiteter, kategorier och makt. Genom att visa vad som sägs om unga kvinnor och psykisk ohälsa i offentligt tryck kan vi förstå hur diskursen konstruerar och rekonstruerar kategorin ”ung kvinna” och hennes förväntade identitet. Maktaspekten blir tydlig i analysen av diskursens struktur av vad som får sägas och göras och av vilka samt vilken effekt det har för rådande maktordning. Inom den kritiska diskursanalysen är just maktaspekten central, med Faircloughs ord: ”[d]iscourse analysis is an instrument whose purpose is to expose veiled power structures”.⁸⁷

⁸² Sahlin 1999 s 84ff, Bergström;Boréus 2000 s 225f

⁸³ Kroon 2001 48, Harding 1986

⁸⁴ Fairclough 1995 s 54f

⁸⁵ Sahlin 1999 s 102

⁸⁶ ibid s 85ff, Kroon 2001 s 49ff

⁸⁷ Bergström;Boréus 2000 s 233ff, 265

I linje med Foucault väljer jag att lyfta fram det gemensamma i diskursen framför att fokusera på dess spänningar och motsättningar. Detta innebär givetvis inte att jag ignorerar eller förbiser skillnader, komplexiteter och motdiskurser.⁸⁸

Som nämndes ovan kan diskursanalys innebära både en tolkning av specifika uttryck, begrepp eller beskrivningar, och som en undersökning av den kontext diskursen härstammar ur.⁸⁹ I min läsning och tolkning av rapporterna och utredningarna kommer jag att fokusera på den förra inriktningen. Det innebär givetvis inte att jag ser texterna som fristående i ett dekontextualiserat vakuum. Mitt syfte är att diskursanalysen ska säga något om såväl diskursen om ungas psykiska hälsa som den omgivande vetenskapliga och sociala kontexten. Med syfte att undersöka om man i dessa texter uppmärksammar och/eller problematiserar unga tjejjers psykiska hälsa i termer av genus, makt eller livsvillkor samt studera hur flickor och unga kvinnor konstrueras, genomförs diskursanalysen med hjälp av det genusteoretiska analysverktyg som presenterats ovan. Genus studeras utifrån de tre dimensionerna strukturell, symbolisk och individuell, och orsaksförklaringar kategoriseras i förklaringsmodellerna biologisk/genetisk, sociokulturell och psykologisk. Som redan nämnts utgör dessa begrepp och förklaringsmodeller främst en tolkningsram och inga färdiga modeller för detaljerad analys.

Även om jag, efter en del funderingar och överväganden, valt att använda mig av diskursanalys som metod i min undersökning innebär det inte att jag inte håller mina kritiska ögon öppna. Diskursanalys kan användas på många olika sätt, dels utifrån ämne och teorival och dels utifrån analysmaterial. Det ställer höga krav på redovisning av förförståelse och urval av material, vilket kan ta lång tid och riskera att ta fokus från den egentliga analysen. Eftersom en text kan läsas på många olika sätt trots att man redovisat förförståelsen finns en risk att den individuella tolkningen kan resultera i visst ”godtycke” – att man ser vad man vill se. Inom den kritiska diskursanalysen som jag inspirerats av, vill man synliggöra ojämlikhet mellan människor samtidigt som man i analysen använder detta som utgångspunkt.⁹⁰ Detta innebär, som vi ser nedan, att min analys blir argumenterande. Jag framhåller dock vikten av intersubjektivitet och antar att en annan person som gjort en liknande analys utifrån samma tolkningsram hade kommit fram till liknande slutsatser. Eftersom diskursanalysen fokuserar på språket och texten försvåras analys av det som *inte* sägs. För mig är detta centralt eftersom exempelvis frånvaro av ett genusteoretiskt problematiserande också är ett resultat. Jag kommer således att främst analysera vad som sägs men också vad som inte sägs. Jag har valt att bortse från att man inom viss diskursanalys endast sätter fokus på texten och inte på eventuella subjekt och aktörer, exempelvis författarens intention med texten.⁹¹ Jag anser att det är viktigt att inte helt utelämna från vad författaren eller motsvarande har för syfte med texten.

⁸⁸ Ibid s 265f

⁸⁹ Sahlin 1999 s 92

⁹⁰ Kroon 2001 s 54

⁹¹ Sahlin 1999 s 85

4.3 Urval och avgränsning

Vilka resultat man kommer fram till i kan skilja sig mycket åt beroende på vilka texter som man väljer att läsa. Urvalet och avgränsningen av material är av central betydelse inom diskursanalysen.⁹² De rapporter och utredningar som analyseras har valts utifrån vad jag bedömer vara relevanta texter utifrån min frågeställning. Följande kriterier har använts, de ska:

- Vara svenska offentliga texter som vänder sig till en allmän publik, dvs. inte strikt psykiatriska eller psykologiska vetenskapliga publikationer.
- Inte vara äldre än tio år.
- Enligt prioriteringsordningen 1. Vara nationella, dvs. grunda sig på nationell data och publicerats nationellt eller statligt, 2. Vara regionala/kommunala eller publicerade vid högskola eller universitet.
- Enligt prioriteringsordningen innehålla avsnitt som behandlar 1. Unga flickors psykiska hälsa/ohälsa, 2. Ungas psykiska hälsa/ohälsa, 3. Ungas hälsa/ohälsa i mer allmänna termer.
- Enligt prioriteringsordningen avse 1. Ungdomar (ca 13-20 år), 2. Barn och ungdomar (ca 0-20 år), 3. Vuxna.

Som framgår har jag avgränsat mig till offentliga texter med fokus på staten, där avsändaren kan sägas vara "samhället" och mottagaren "medborgare" eller politiker. Offentliga utredningar är både initierade från politiskt håll och har för syfte att resultera i någon form av förslag till politiskt beslut.⁹³ Detta är en av anledningarna till varför jag intresserat mig för just offentligt material. Dessutom kan offentliga utredningar och rapporter tänkas användas ute i verksamheterna inom psykiatri, psykologi, ungdomsvård, ungdomsmottagningar, skolor osv. i högre utsträckning än snäva (engelskspråkliga) vetenskapliga artiklar/publikationer. Texternas användning har således varit vägledande i urval och avgränsning. Dessa rapporter och utredningar visar också vilken temperatur frågan har i den svenska debatten samtidigt som det är intressant att studera hur forskare och utredare analyserar data och vilka slutsatser man drar. Jag har inte hittat några utredningar eller rapporter som specifikt behandlar frågan om varför unga kvinnor mår allt sämre psykiskt, och i synnerhet inte med ett medvetet genusmaktperspektiv.

I den mån det finns möjlighet att välja åldersgrupp så kommer jag främst att koncentrera mig på femtonåringar och äldre. Därmed inte sagt att jag inte kommenterar resultat eller förslag rörande trettonåringar eller 24-åringar.

⁹² Bergström; Boréus 2000 s 261

⁹³ www.regeringen.se

4.4 Material

Jag presenterar här uppsatsens analysmaterial. Eftersom syftet är att undersöka utsagor om ungdomars psykiska hälsa i allmänhet och om unga flickors psykiska hälsa i synnerhet utgörs analysunderlaget av de delar i rapporterna och utredningarna som specifik behandlar dessa områden.

- Danielson, M (2003) *Svenska skolbarns hälsovanor*. Statens folkhälsoinstitut.
- Elofsson, S (1999) *Måste unga flickor må sämre än unga pojkar?* Stockholms stad, forskningsenheten; Stockholms universitet institutionen för socialt arbete.
- Jeanneau, M (2003) *Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell forskning*. Rapport 2003:3 Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin Enheten för psykisk hälsa.
- SOU 1997:8 *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa*. Delbetänkande från Barnpsykiatriutredningen.
- SOU 1998:31 *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande Barnpsykiatriutredningen.
- SOU 2000:19 *Från dubbla spår till elevhälsa*. Slutbetänkande från elevvårdsutredningen.
- SOU 2001:55 *Barns och ungdomars välfärd*. Antologi/Kommittén Välfärdsbokslut.
- Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*
- Socialstyrelsen (2003) *Lägesrapport 2003 om folkhälsa och social välfärd*.
- Socialstyrelsen (2004) *Flickor som skadar sig själva – en kartläggning av problemets omfattning och karaktär*.
- Winzer (2003) *Rapportering av ungdomspolitiska mål*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

4.5 Tillvägagångssätt

Uppsatsarbetet inleddes på sedvanligt vis med ett omfattande databasbaserat litteratur- och informationssökande efter intressant analysmaterial och relevant litteratur. För att få en god kunskap om fältet samt erhålla tips om litteratur, forskning och teori, har jag via e-post och/eller telefon kontaktat följande forskare och andra verksamma inom fältet.

Sven Bremberg, docent i samhällsmedicin. Ansvarig för hälsofrågor som rör barn och ungdom vid Statens folkhälsoinstitut.

Anne Hammarström, professor folkhälsovetenskap med inriktning mot genusforskning, Umeå universitet.

Mia Danielson, utredare vid Statens folkhälsoinstitut med ansvar för undersökningen om barns och ungdomars hälsovanor.

Håkan Stattin, professor i psykologi med fokus på ungdomars utveckling, Örebro universitet.

Eva Magnusson, docent i psykologi, bla. författaren till boken *Psykologi och kön*, Umeå universitet.

Katja Gillander Gådin, med. dr., universitetslektor vid Mitthögskolan i Sundsvall. Forskar inom området skolrelaterad hälsa ur genusperspektiv..

Curt Hagquist, fil. dr i socialt arbete, docent i folkhälsovetenskap vid Karlstads universitet. Nu projektledare för nationell undersökning om barns och ungdomars psykiska hälsa vid Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.

Carita Bengs fil. dr. sociologi, medverkar i ett forskningsprojekt rörande vilka förklaringsmodeller som dominerar inom fältet depression hos kvinnor, Umeå universitet.

Efter att ha skaffat mig tillfredställande kunskap om fältet, valt teori, metod och material inleddes själva läsningen. Inledningsvis lästes texterna utan att kategoriseras eller sorteras. I nästa läsningsprocess identifierades intressanta textavsnitt och citat som därefter med stöd i teorin kategoriserats utifrån temana i frågeställningen: problematisering/analys, förklaringsmodell och konstruktion. Som jag återkommer till i analysen bestod de huvudsakliga utmaningarna, förutom att avgöra vad som var relevant och användbart, att behandla och kategorisera de textdelar som handlade om strukturella faktorer betydelse för psykisk ohälsa. Slutligen har jag återkommit till texterna för en sista analys.

5. Analys

Analysens disposition följer frågeställningens teman: problematisering/förekomst av genusperspektiv, förklaringsmodeller och konstruktion. Jag har valt att vara kritiskt argumenterande och även lyfta in en del av mina slutsatser redan i analysen. Detta för att göra texten mer spännande och flytande. Som nämnts ovan är detta en analys av både det som sägs och inte sägs i de elva rapporter och utredningar som studerats.

5.1 Förekomsten av genusperspektiv

5.1.1 Problematisering – möjligheten som försvann

De rapporter och utredningar som analyserats karaktäriseras av ett deskriptivt och icke-analyserande förhållningssätt. Samtliga texter säger i mer eller mindre omfattning att det finns skillnader i psykisk hälsa mellan pojkar och flickor och att flickorna mår sämre. Detta görs som beskrivningar och konstateranden utan att, i de flesta fall, varken reflektera, problematisera eller analysera. Skrivningar likt dessa lämnas helt utan kommentar:

[d]ata från 1990-talet visade 5 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna i 16-17 årsåldern tecken på depression.⁹⁴

I åldrarna 13-17 år har drygt var tredje flicka någon gång haft självmordstankar.⁹⁵, ”En könsskillnad till flickornas nackdel finns när det gäller att ofta känna sig ledsen eller nere.⁹⁶

[n]är det gäller de psykiska besvären skiljer sig pojkar och flickor åt. Andelen pojkar som har något eller flera besvär är desamma i de olika åldrarna medan andelen flickor som har något besvär ökar med åldern och framför allt är det andelen flickor som har minst två besvär som ökar.[...] Flickor trivs i mindre utsträckning med livet än pojkarna i alla åldrar.⁹⁷

I delbetänkanden från Barnpsykiatriutredningen konstateras att:

[e]fter puberteten stiger andelen drabbade flickor markant (av depression). [...] [d]et är fler flickor än pojkar som söker hjälp, framförallt vid de öppna (psykiatriska) mottagningarna. Flickorna är också betydligt fler i de högre ungdomsåldrarna 15-19 år.⁹⁸

I slutbetänkandet konstateras att de allra flesta som uppsöker ungdomsmottagningen för psykiska problem är flickor.⁹⁹ Det faktum att unga tjejers såväl självrapporterade som diagnostiserade psykiska hälsa är sämre än killarnas lyfts inte fram som ett problem eller något som bör utredas vidare. I det närmare fem hundra sidor långa slutbetänkandet återfinns

⁹⁴ Socialstyrelsen 2001 s 84

⁹⁵ SOU 2000:19 s 288

⁹⁶ SOU 2001:55 s

⁹⁷ Danielson 2003 s 15, 34

⁹⁸ SOU 1997:8 s 93

⁹⁹ SOU 1998:31 s 192

inte någon genusanknuten rubrik, varken deskriptivt eller analytiskt. Delbetänkandet finns en rubrik som säger att ”Psykosomatiska besvär ökar, framför allt hos flickor”. I den text som följer nämns att flickor verkar vara mer stressade och att flickor med besvär tycks ha ökat. Förutom att texten uttrycker en osäkerhet om detta faktum genom att använda orden *verkar* och *tycks*, betraktas situationen inte uttryckligen som ett problem.¹⁰⁰

Undersökningen om svenska skolbarns hälsovanor presenterar tämligen mycket data som visar att flickor mår sämre psykiskt än pojkar. Exempelvis konstateras att andelen flickor som trivs med livet just nu är tjugo procent enheter lägre än pojkarna och landar på endast 29 procent.¹⁰¹ Även om Danielsons rapport inte skulle ha för syfte att problematisera och utreda undersökningens resultat känns det ändå som att så pass iögonfallande resultat förtjänar en kommentar.

5.1.2 Genus och psykisk ohälsa – osynliga samband

Om den generella problematiseringsaspekten präglas av frånvaro av genusanalys i allmänhet karaktäriseras rapporternas och utredningarnas resonemang om strukturella riskfaktorer av näst intill fullständig avsaknad av genusanalys ur samhällsstrukturerligt perspektiv. Barnpsykiatriutredningens (slutbetänkandets) kapitlet om psykiska problem hos barn och ungdomar i ett samhällsperspektiv, som lyfter fram folkhälsoaspekter och strävan att minska kända betydelsefulla riskfaktorer på olika nivåer i samhället, nämns ingenting om jämställdhet eller genusperspektiv.¹⁰² Den generella ambitionen i rapporterna och utredningar är att påvisa hur psykisk hälsa påverkas av flera olika faktorer. Även om dessa faktorer, som vi ska se senare, tillmäts olika betydelse, uppmärksammas vikten av att: ”För att säga vad som orsakar ett visst barns psykiska problem, måste man förutom symtomen beakta just det barnets hela situation [i huvudsak social miljö, min kommentar] och personhistoria”.¹⁰³ Vidare understryker man i delbetänkandet av Barnpsykiatrikommittén epidemiologins kvaliteter: ”Den epidemiologiska traditionens styrka ligger bland annat i att identifiera faktorer på strukturell nivå, och att peka på risker av socioekonomisk, demografisk och miljömässig karaktär”.¹⁰⁴ Hur barnens och ungdomarnas ”situation”, ”personhistoria” och andra ”faktorer på strukturell nivå” eventuellt kan skilja sig åt avseende kön nämns inte. Inte heller vilka mönster eller regelbundenheter som kan finnas, med anknytning till Hirdman. I de fall skilda livsvillkor nämns som i slutbetänkandet av Elevvårdsutredningen lämnas det utan vidare utredning eller kommentarer: ”Det finns påtagliga skillnader i barns och ungdomars villkor [...] Skillnaderna är stora mellan olika åldersgrupper, mellan flickor och pojkar och mellan barn och ungdomar på olika orter, som tillhör olika etniska grupper eller har olika klassbakgrund”.¹⁰⁵

I linje med den avsaknad av problematisering angående flickors sämre psykiska hälsa som konstaterats ovan, betraktas flickor och kvinnor inte som en utsatt grupp i flertalet av texterna.

¹⁰⁰ SOU 1997:8 s 142

¹⁰¹ Danielson 2003 s 17

¹⁰² SOU 1998:31 s 49

¹⁰³ SOU 1998:31 s 67

¹⁰⁴ SOU 1997:8

¹⁰⁵ SOU 2000:19 s 263

I resonemangen om utsatta grupper eller prioriteringar beaktas socioekonomisk ställning, bostadssituation, ”flyktingskap”, arbetslöshet samt missbruk och psykisk sjukdom i familjen.¹⁰⁶ Barnpsykiatriutredningens slutbetänkande identifierar etnicitet och ”flyktingskap” som riskfaktor för psykisk ohälsa och föreslår införande av ”flykting- och invandrarkunskap” på grundutbildningen för socionomer, psykologer, läkare m.fl.¹⁰⁷ Eftersom existensen av en ojämlik genusordning och vilka konsekvenser det medför för ungas psykiska hälsa, till skillnad från klasstruktur och rasism eller diskriminering på grund av etnicitet, inte uppmärksammas ställs inte heller några krav på införande av genuskunskap på ovan nämnda utbildningar.

Om vi i linje med Harding sätter fokus på strukturellt genus i termer av arbete och arbetsdelning och kopplar det till psykisk ohälsa finner vi inte mycket. Detta förklaras främst av att materialet främst behandlar unga i icke-yrkesverksam ålder. Folkhälsoinstitutets rapportering av ungdomspolitiska mål nämner ungdomars otrygga position på arbetsmarknaden där man uppmärksammar att hälften av alla 20-24 åriga kvinnor har en tidsbegränsad anställning.¹⁰⁸ Med arbete avser dock Harding inte endast lönearbete. Det finns inget logiskt skäl till att texterna inte beaktar frågan om arbetsdelningen i hemmet i anknytning till stress och psykisk ohälsa.

Frånvaron av genusmedvetenhet återfinns även i frågan om sociala relationers påverkan på psykisk hälsa. Man konstaterar att relationer till föräldrar och jämnåriga är både en frisk- och en riskfaktor.¹⁰⁹ I resonemangen om relationer till jämnåriga nämns inte specifikt relationer mellan tjejer och killar. Däremot uppmärksammas hierarkiska relationer i exempelvis klassen eller gäng. Vidare konstateras att hur de sociala relationerna fungerar beror på ”i vilken utsträckning man är utsatt för mobbning, mobbar andra samt är i slagsmål.”¹¹⁰ I sammanhanget uppmärksammas varken förekomsten eller konsekvenser av sexuella trakasserier eller genusrelaterat våld i skolmiljö, något som enligt studier visat sig innebära en ökad risk för psykologiska symtom bland flickor. Man reflekterar inte heller över att det torde vara rimligt att även relationerna till vuxna präglas av sociala och kulturella dimensioner av rådande genusordning.¹¹¹

Det finns dock givetvis undantag från denna blindhet. I antologin om barn och ungdomars välfärd av Kommittén Valfärdsbokslut konstateras att ”Det mest genomgripande inflytande på hälsa verkar dock sammanhånga med kön. Huruvida det är pojkar eller flickor som är mest utsatta, beror på den typ av ohälsa som studeras. Här visades flickor ha ett lägre psyksikt välbefinnande och oftare psykosomatiska besvär.”¹¹² Iakttagelsen lämnas därefter utan vidare analys. Elevvårdsutredningen ser att flickor med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning inte uppmärksammas, diagnostiseras eller ges stöd eftersom denna problematik sammankopplas med manligt genuskodade beteenden som aggressivitet.¹¹³ Även Elofsson (1999) har en

¹⁰⁶ SOU 1998:31

¹⁰⁷ ibid s 415

¹⁰⁸ Winzer 2003 s 27

¹⁰⁹ SOU 2001:55 s 251ff

¹¹⁰ Danielson 2003 s 30

¹¹¹ Gillander Gådin;Hammarström i Jeanneau 2003 s 57, Stoppard 2000 s 114

¹¹² SOU 2001:55 s 262

¹¹³ SOU 2000:19 s 278

problematiserande ansats angående det faktum att unga flickor bedömer sin livskvalitet som så mycket sämre än jämnåriga pojkar.¹¹⁴ Socialstyrelsens rapport om unga flickor som skadar sig själva tar några steg mot en strukturell genusanalys när man överraskas av det faktum mer än hälften av flickorna som ingår i studien har utsatts för kränkningar eller övergrepp.¹¹⁵ Som vi återkommer till senare väljer man dock att avstå från en fördjupad analys.

Jag har nu diskuterat om unga tjejers psykiska hälsa *problematiseras* utifrån genus i allmänhet och den strukturella aspekten av genus i synnerhet och avser nu gå vidare och titta närmare på hur man föreslår att psykisk ohälsa kan *förklaras*. Eftersom vi redan har inlett den strukturella analysen inleds nästa avsnitt, efter en kort inledning, med de sociokulturella förklaringarna.

5.2 Förklaringsmodeller

Ambitionsnivån skiljer sig kraftigt åt mellan de olika rapporterna och utredningarna vad det gäller att söka orsaksfaktorer och förklaringar till psykisk ohälsa i allmänhet och psykisk ohälsa hos unga tjejer i synnerhet. I de fall man diskuterar orsaksanalys sker det ofta genom en uppräkningslista av faktorer likt:

Ärftliga och konstitutionella faktorer, hjärnans utveckling, den tidiga känslomässiga anknytningen, andra tidiga erfarenheter och fortlöpande inläring, samspelet inom familjen, relationer till kamrater och andra i omgivningen, den omgivande psykosociala miljön, kulturen och samhällsklimat [...] traumatiska erfarenheter, brister i omhändertagande [...] organiska skador.¹¹⁶

Frågan är vilka av alla dessa faktorer som väger tyngst och vilka konsekvenser det får för just diagnoser, förebyggande arbete och vård. Det generella intrycket av utredningarnas och rapporternas kausala analyser av psykisk ohälsa bland unga i allmänhet illustreras av följande citat:

Den kraftiga ökningen av självrapporterat nedsatt psykisk välbefinnande bland ungdomar och unga vuxna är oroväckande och en samlad förklaringsmodell saknas ännu.¹¹⁷

De egentliga orsaksmekanismerna är därmed inte kända. Utifrån ett enkelt statistiskt samband vet man ingenting om exakt vilka egenskaper inom barnet, hos familjen och den vidare sociala miljön som har varit avgörande, och hur de har samspelat för uppkomsten av det psykiska hälsoläget.¹¹⁸

Ett fåtal texter uttrycker en tydlig vilja att finna grunderna till unga tjejers psykiska ohälsa och konstaterar att "[d]et [är] av intresse att söka studera vilka faktorer som kan 'förklara' [...] flickornas sämre situation", samt efterlyser "[u]tförligare analyser för att kunna 'förstå' de skillnader som finns."¹¹⁹

¹¹⁴ Elofsson 1999 s 10

¹¹⁵ Socialstyrelsen 2004

¹¹⁶ SOU 1998:31 s 62, 75

¹¹⁷ Winzer 2003 s 27

¹¹⁸ SOU 1997:8 s 41

¹¹⁹ Elofsson 1999 s 9ff

Eftersom vi redan börjat diskutera de samhälleliga strukturella faktorernas betydelse med avseende på genus kan vi fortsätta med att analysera om och hur man ger förklaringar till psykisk ohälsa ur ett sociokulturellt perspektiv. Detta kan innebära viss upprepning av texten ovan men för att göra uppsatsen tydlig och konsekvent i sitt upplägg väljer jag denna disposition.

5.2.1 Sociokulturella förklaringar

Med utgångspunkt i den sociokulturella förklaringsmodellen som diskuterades i teoriavsnittet kan konstateras att utredningarna och rapporterna tar upp betydelsen av miljö, familj, skola, kamrater osv. där barn och ungdomar "[u]tvecklas i samspel, inte bara med vårdnadshavarna och den övriga familjen, utan också med den psykosociala omgivningen i vidare mening."¹²⁰ Dessa faktorer kan sägas representera de sociala orsaksfaktorerna vilka dock i huvudsak fokuserar på en interaktiv nivå som inte ges någon given koppling till övergripande samhällsstrukturer. I de fall strukturella faktorer beaktas handlar det i stort sett uteslutande om socioekonomiska förhållanden: "Forskning har tydligt visat samband mellan faktorer på samhällsnivå och psykisk ohälsa hos barn och ungdomar [...] Socioekonomisk tillhörighet, i klartext klasskillnader, hör till det entydigt tycks höra samman med psykiska problem."¹²¹ Som jag nämnde ovan uppmärksammas även i ett flertal rapporter riskfaktorn av att ha utländsk bakgrund.¹²²

Det omgivande samhällets effekter på unga tjejers självuppfattning och psykiska välbefinnande utvecklas inte djupare än: "Massmedia och kommersiella intressen förmedlar många direkta och indirekta budskap och värderingar om droger, våld, könsroller, kroppsideal och sexualitet. Det bidrar till barns och ungdomars attityder och verklighetsuppfattning och påverkar därmed deras levnadsvanor, livsstil, psykiska och fysiska hälsa i högre eller lägre grad."¹²³ Här finns dock inget makt- eller strukturperspektiv.

Den generella slutsatsen är att genus inte uppmärksammas som sociokulturell struktur och än mindre i termer av makt eller ojämlikhet, och betraktas därmed inte heller som en orsaksfaktor till skillnader i psykisk hälsa hos unga tjejer och killar. Min uppfattning är att man i de texter som anlägger någon form av genusanalys inte själva försöker tillämpa eventuell teori. I Elevvårdsutredningen redovisas att folkhälsovetenskaplig forskning börjat uppmärksamma kön som förklaringsvariabel till skillnader i hälsa samt att "Genusforskningen anser att de skillnader som finns mellan könen skall analyseras utifrån sociala könsroller och den samhällsstruktur som ger människor av olika kön olika makt". Att själva göra en genusanalys är däremot inte aktuellt utan den deskriptiva tendensen kvarstår: "Jag beskriver i detta avsnitt endast skillnader mellan flickor och pojkar."¹²⁴ Samma inställning återfinns i Socialstyrelsens rapport om flickor som skadar sig själva:

¹²⁰ SOU 1997:8 s 63

¹²¹ ibid. s 36f

¹²² Socialstyrelsen 2003 s 30, SOU 2000: 19 s 281

¹²³ SOU 2000:19 s 289

¹²⁴ ibid s 277

Det finns teorier om att självskador hos flickor hänger samman med en kvinnoroll i vår västerländska kultur som upplevs som förtryckande. Den lilla flickan växer upp med en bild av att livsvillkoren är likvärdiga för pojkar och flickor. När hon kommer in i adolescensen, tvingas hon in i, eller att ta avstånd från, en kvinnoroll som beskrivs som allt annat än jämbördig med mansrollen.¹²⁵

Därefter kommer ett *men*: ”Det har inte varit möjligt att belysa denna aspekt i kartläggningen.” Frågan är vad det är som omöjliggör en analys. Genom att avstå från att tillämpa teorier om genus och hälsa säger man samtidigt att det inte är viktigt, att det inte är prioriterat varpå genus återigen osynliggörs. Socialstyrelsens ”genusteori” lämnar dessutom en del över att önska. Är det kvinnorollen eller ett mansdominerat samhälle som är förtryckande? Här osynliggörs män och samhällsstrukturen och kvinnor blir sina egna förtryckare. Vad är det som gör att flickorna just i adolescensen ”tvingas in i, eller ta avstånd från” denna kvinnoroll? Stoppard gör liknande kommentarer i sin kritik av en individfokuserad uppfattning att ungdomstiden för unga tjejer präglas av en genusintensifiering (genderintensification) som inte kopplas till flickornas kontextuella miljö och livsvillkor.¹²⁶

Elofsson gör i sin rapport *Måste unga flickor må sämre än unga pojkar*, vissa ansatser till strukturell analys: ”Kopplingarna till flickornas bedömning av sin fritidsituation [som orsaksfaktor till ohälsa, min kommentar] pekar mot att strukturella faktorer har betydelse.” I rapporten görs ett försök att använda genusteori och, citationstecknen till trots, återfinns en antydning till maktperspektiv: ”Det ’manliga förtrycket’ kan givetvis manifesteras i socialiseringen av flickorna.”¹²⁷ Rapporten i övrigt antar dock en mer psykologisk ansats och ger intryck av att inte vilja fördjupa sig i problematiserandet av unga flickors hälsa i termer av makt eller förtryck. Stockholms läns landstings rapport om kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning är den enda text som uttalat efterlyser studier om hur skeva maktstrukturer påverkar psykisk ohälsa hos kvinnor, dock inte specifikt unga tjejer. I samma rapport finns dock exempel på forskning av Gillander Gådin och Hammarström som uppmärksammar unga flickors livsvillkor, psykosociala arbetsmiljö och sexuella trakasserier.¹²⁸

5.2.2 Biologiska och genetiska förklaringar

Eftersom de analyserade rapporterna och utredningarna domineras av frånvaron av orsaksanalys avseende unga tjejers sämre psykiska hälsa, återfinns inte heller så många könsspecifika biologiska eller genetiska förklaringar. De som uttalat behandlar unga flickor sätter fokus på puberteten: ”Det finns indikatorer på att denna skillnad [i psykiskt välbefinnande, min kommentar] [...] beror på flickornas pubertetsutveckling.”¹²⁹ ”[i]nternaliserade problem såsom depression hänger samman med tidig pubertetsutveckling [...] hur tidig biologisk mognad [påverkar] kvinnors sociala och mentala livsprocesser.”¹³⁰

¹²⁵ Socialstyrelsen 2004 s 23

¹²⁶ Stoppard 2000 s 120f

¹²⁷ Elofsson 1999 s 16

¹²⁸ Jeanneau 2003 s 145, 57

¹²⁹ Winzer 2003 s 21

¹³⁰ Jeanneau 2003 s 52

Förutom att ge intrycket att det endast är flickor som har pubertetsutveckling patologiseras flickors (normala) reproduktiva funktioner på det sätt som diskuterades under teorikapitlet.

De biologiska och/eller genetiska förklaringarna dominerar barnpsykiatriutredningens delbetänkande *Röster om barn och ungdomars psykiska hälsa*. Utifrån en strikt medicinsk referensram understryks hur grunden till psykiska problem finns i en nedärvd sårbarhet samt i hjärnan och dess funktioner. De neurologiska funktionsnedsättningarna (ADHD/DAMP) ges stort utrymme, en problematik som främst drabbar pojkar. Även depressioner, som vi sett drabbar fler flickor, ges genetiska förklaringar: ”[d]et [finns] en tydlig heritabilitet för djup depression [...] Är den genetiskt betingade sårbarheten stor, behövs mindre av yttre riskfaktorer för att ohälsotillståndet ska utvecklas.”¹³¹ Som förklaring till varför unga kvinnor och flickor drabbas av depression i högre utsträckning än pojkar kan man då antingen betrakta flickor som sämre genetiskt rustade eller titta närmare på om det kan vara så att flickor utsätts för fler riskfaktorer i sin vardag. Några sådana slutsatser dras emellertid inte.

Slutligen kan det faktum att uppräknings av möjliga orsaker till psykisk ohälsa bland unga i flertalet fall inleds av just genetiska och/eller biologiska faktorer, ge intryck av att de tillmäts störst betydelse.¹³²

5.2.3 Psykologiska förklaringar

Olika kausala samband som kan kategoriseras under psykologisk förklaringsmodell är tämligen vanliga. Här återfinns de individfokuserade förklaringarna som understryker betydelsen av socialisering, personlig utveckling, relationer, självförtroende och identitet. Socialstyrelsen beskriver att de flickor som skadar sig själva har svag självbild, dåligt självförtroende och en knepig relation till sin mamma.¹³³ Just relationen till sin mor anses, som vi såg i teoriavsnittet, som centrala inom psykologisk teori.

Ungdomstiden betraktas som en brytningsfas, en tid då den egna identiteten formas och självständigheten utvecklas. Psykiska problem som är vanliga i tonåren kan därför betraktas som åldersnormala utvecklingskriser.¹³⁴ Just krisaspekten förekommer i förklaringar till unga tjejers psykiska ohälsa:

När de blir äldre och konfronteras med den omgivande kulturen verkar de genomgå en sorts kris.

Vid 15 års ålder har den tidigare motståndsan och känslan av integritet/självförtroende minskat.

Det verkar som de har mist sin tidigare kunskap och tillförsikt.¹³⁵

Här betonas den inre reaktionen och förmågan framför vad det är i den omgivande kulturen som orsakar denna kris. Dessutom läggs indirekt ansvaret för den negativa hälsoutvecklingen på flickorna själva. Vidare framträder de symboliska aspekterna av genus i texternas beskrivningar av flickor som mer relationsinriktade och beroende av andra än pojkar.

¹³¹ SOU 1997:8 s 31, 40

¹³² Se exempelvis SOU 1998:31 s 62, 75

¹³³ Socialstyrelsen 2004 s 17

¹³⁴ SOU 1997:8 s 87

¹³⁵ Elofsson 1999 s 14

[k]vinnorna tycks ha en större sårbarhet i upplevelsen av den egna personen, [och] högre grad av prestationshämning [...] Bakgrunden till påfrestningarna finns ofta i en sviktande självbild. Kvinnliga förhållningssätt är att reflektera tillsammans med andra, alternativt dra sig tillbaka i vegetativt dagdrömmeri [...] [och] skulle kunna rubriceras som huvudsakligen variationer på temat 'att vara', medan männen huvudsakligen varierar på temat 'att göra'.¹³⁶

I likhet med Stoppards analys nämns som riskfaktorer för psykisk ohälsa såväl bristen på "manliga" egenskaper (som oberoende och självförverkligande) som konflikterna och stressen att i identitetsprocessen utveckla både manligt och kvinnligt genuskodade egenskaper. Elofsson (1999) refererar till författare som säger sig "Skymta en ny modern tonårsflicka som söker hitta ett sätt att integrera egen autonomi och empati, självutveckling och intresse för andra."¹³⁷ Dåligt självförtroende, svag självbild och relationsorientering betraktas således som "personlighetsdrag" som ökar sårbarheten för psykisk ohälsa. Som riskfaktorer nämns individuella faktorer som "Intelligens och kreativitet, en hög aktivitets- och energinivå, god förmåga att skapa sociala relationer samt förmåga till empati [...] [och] optimism och förmåga till problemlösning."¹³⁸ Detta kan tolkas som att unga tjejer med psykiska problem är mindre intelligenta, passiva och pessimistiska. Dessutom medför denna individfokusering att ansvaret återigen kopplas till tjejerna själva.

5.3 Konstruktioner

5.3.1 Normalisering

I rapporterna och utredningarna sker en normalisering av unga kvinnors och flickors psykiska ohälsa. Dominansen av det deskriptiva ickeproblematiserande angreppssättet innebär att flickors sämre psykiska hälsa blir norm, det givna. Genom denna tystnad osynliggörs flickors problematik. Flickor förutsätts må sämre psykiskt än pojkar varför man inte heller reagerar över de kraftiga skillnader i såväl den självrapporterade som diagnostiserade psykiska hälsan, som presenterats ovan. Därmed konstrueras och stigmatiseras unga tjejer som psykiskt sårbara, inåtvända, depressiva och svaga med låg självkänsla och dåligt självförtroende. Att må dåligt psykiskt, och att dessutom äta antidepressiv medicin,¹³⁹ betraktas således som ett normalt tillstånd för tonårstjejer.

5.3.2 Ifrågasatt

Ytterligare en aspekt av att flickors problematik inte tas på allvar är att statistiken och forskningen ifrågasätts. Jag har i min läsning noterat att forskningsresultat av självskattad psykisk ohälsa kritiserats utifrån motiv som att enkätfrågor är mer riktade till flickor eller

¹³⁶ Winzer 2003 s 31

¹³⁷ Stoppard 2000 s 119f, Elofsson 1999 s 14

¹³⁸ SOU 1997:8 s 66

¹³⁹ Enligt Winzer 2003 är förskrivningen av antidepressiv medicin dubbelt så hög till unga kvinnor som till unga män.

utformade på ett sätt som flickor enklare än pojkar kan besvara.¹⁴⁰ Dessutom ställs frågan om hur allvarligt man ska se på resultat som visar att flickor redovisar sämre livskvalitet än pojkar, ”Kan det förklaras av att flickor lättare klagar (eller mjukare uttryckt *känner efter mera på kroppens reaktioner*)? Eller ska det förklaras av att flickor könsocialisation är svårare i dagens samhälle?”¹⁴¹ Även om rapporten i ett avseende riktar ljuset mot genus på strukturell och individuell nivå, finns det ändå en underliggande uppfattning att flickor överdriver och/eller är mer gnälliga och sjåpiga än pojkar.

5.3.3 I skuggan

I ett flertal texter negligeras och osynliggörs flickor dessutom genom att pojkars behov och problematik, enligt ett androcentriskt tänkande, framhävs trots att man precis konstaterat att flickor redovisar betydligt sämre psykisk hälsa och att utvecklingen är negativ. Folkhälsorapport 2001 har en rubrik som heter ”Att vara pojke” mot bakgrund av att pojkar har en överrisk att dö till följd av olycksfall och att de oftare än flickor har psykomotorisk försening och koncentrationssvårigheter.¹⁴² Någon motsvarande rubrik för flickor finns inte. Ungdomar med utåtagerande problem, vilka oftare är pojkar, bör prioriteras enligt Barnpsykiatriutredningens delbetänkande som dessutom lyfter fram nystartade projekt kring ”bråkiga pojkar”.¹⁴³ Vanliga problem hos flickor som oro, ångslan, ångest, depression, självmordsförsök och sömnproblem klassas således som mindre allvarliga, eller ses helt enkelt som normala. Vidare väljer ett forskningsprojekt i Stockholm som presenteras i Folkhälsoinstitutets rapportering av ungdomspolitiska mål, att inte problematisera och undersöka vad som föranleder att 75 procent av dem som söker psykoterapi är kvinnor, för att istället fokusera på ”[v]ad männen som inte mår psykiskt bra gör.”¹⁴⁴ Denna androcentrism återfinns även när man diskuterar ungdomsmottagningarnas verksamhet. Betydligt större utrymme ägnas åt att diskutera pojkarnas frånvaro och åtgärder som vidtagits för att göra ungdomsmottagningarna mer attraktiva för pojkar, än det faktum att många av tjejerna som söker sig dit har psykiska problem som kan knytas till relationsproblem och sexuella övergrepp.¹⁴⁵ Även könsneutrala skrivningar osynliggör tjejers utsatthet och orsakerna bakom. Barnpsykiatriutredningens skrivningar om ätstörningar, våld och sexuella övergrepp är könsneutralt skrivna trots att ätstörningar är tio till tjugo gånger vanligare hos tjejer liksom erfarenheter av sexuella övergrepp.¹⁴⁶

5.3.4 Skuldbeläggning

Som konstaterades ovan präglas rapporterna och utredningarna av fokus på individuella faktorer i såväl beskrivningarna av, som förklaringarna till psykisk ohälsa bland unga tjejer. I likhet med Stoppard gör jag analysen att genus definieras som en individuell egenskap

¹⁴⁰ SOU 1997:8 s 142

¹⁴¹ Elofsson 1999 s 17

¹⁴² Socialstyrelsen 2001 s 183

¹⁴³ SOU 1997:8 s 127

¹⁴⁴ Winzer 2003 s 30

¹⁴⁵ SOU 1998:31 s 192

¹⁴⁶ SOU 1997:8 s 100f, 139

samtidigt som de symboliska och i synnerhet de strukturella aspekterna ignoreras eller tas för givna.¹⁴⁷ Därmed faller skulden på flickorna själva som i egenskap av sin ”genetiska belastning” eller oförmåga att hantera ”livets utmaningar”, löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa. Flickor som skadar sig själva beskrivs vid ett tillfälle som: ”En kompromisslös flicka som ofta kommer i konflikt. Hamnar ibland i sexuella situationer som hon inte kan hantera.”¹⁴⁸ På Folkhälsoinstitutet är man bekymrade över att målet att ungas psykiska hälsa ska förbättras inte har uppfyllts. Individfokuseringen blir tydlig i ett av förslagen på åtgärder: ”Den psykosociala verksamheten bör förstärkas även i skolans pedagogiska arbete. Detta kan ske genom livskunskapsarbete som innebär att eleverna ges möjlighet att utveckla *sin förmåga att hantera sin tillvaro på ett gynnsamt sätt* [min kursivering], så kallat socialt och emotionellt lärande.”¹⁴⁹ Jag föreslår att Folkhälsoinstitutet sätter fokus på tillvaron nästa gång.

6. Diskussion och sammanfattande kommentarer

Ska flickor inkluderas i feministisk forskning?

Detta frågar sig författarna till en artikel i Socialmedicinsk tidskrift.¹⁵⁰ De liksom jag ger ett självklart ”ja!” till svar. Under uppsatsarbetet har jag upplevt ett stort behov av en genusteori som ”passar” unga tjejer (och killars) och deras livssammanhang, erfarenheter och relationer, kopplat till hälsa. Efter ovanstående analys bör läsaren noterat att det inte råder några tvivel om att jag dessutom saknar ett genusteoretiskt problematiserande av unga tjejers psykiska ohälsa. Jag menar inte att den teoretiska utveckling som efterlyses per automatik skulle innebära en större medvetenhet hos forskare och utredare. Däremot finns färre ursäkter att inte uppmärksamma ojämlika genusrelationer och strukturer och dess effekter för ungas psykiska hälsa.

Uppsatsens slutsatser kan sammanfattas i två delar:

- Frånvaro av genusstrukturell analys och stort individfokus
- Negligerig och normalisering av unga tjejers psykiska ohälsa/problematik

De rapporter och utredningar som analyserats är främst deskriptiva och problematiserar generellt sett inte flickors psykiska ohälsa ur genusperspektiv. Svaret på frågeställningens första fråga blir därmed nej. Som konstaterades i analysen finns några undantag från denna genusomedvetenhet men den generella bilden är dyster. Genus, eller snarare kön, betraktas som en individuell egenskap. De individfokuserade förklaringsmodellerna, i synnerhet den psykologiska, dominerar texternas diskussioner om orsaker till psykisk ohälsa. Understrykas bör dock att man generellt säger att en helhetssyn är nödvändig, dvs. att flera olika faktorer samverkar. De sociokulturella förklaringarna sätter klass och etnicitet i fokus tillsammans med de sociala och relationskopplade aspekterna. Strukturella aspekter av genus,

¹⁴⁷ Stoppard 2000 s 52

¹⁴⁸ Socialstyrelsen 2004 s 17

¹⁴⁹ Winzer 2003 s 27

¹⁵⁰ Gillander Gådin;Hammarström 1998

genusordningens samband med och konsekvenser för psykisk ohälsa uppmärksammas inte, generellt sett. Genom detta sker ett osynliggörande av unga tjejers livsvillkor erfarenheter samtidigt som skulden läggs på individen själv. Om vi har en vilja att förändra rådande situation, om vi anser att unga tjejer är värda att må bra, då har vi antagligen också ambitionen att se vad som kan förändras. Individfokuserade genetiska, biologiska eller psykologiska faktorer är betydligt svårare att påverka och förändra än sociala, ideologiska eller strukturella omständigheter. Här kan vi se paralleller till diskussionen från teorin om essentialism kontra konstruktivism, om vad som är bestämmande för våra liv och möjligt att påverka. Är det verkligen pubertetsutveckling, biologisk mognad eller personlighet som är avgörande för hur unga tjejer mår? Den medikalisering av kvinnor och kvinnors normala kroppsliga funktioner tycks fortfarande vara gällande. Flickors och unga kvinnors underordnade position, och de psykiska besvär det för med sig, kan därmed förbli oförändrade.

Jag ser det som anmärkningsvärt och oroväckande att material som används som beslutsunderlag för politiker inte lyfter fram de genusrelaterade samhälleliga och ideologiska faktorerna i större utsträckning. Istället förslås medicinska åtgärder och införandet av ämnet livskunskap trots att de historiskt genomgripande förbättringarna av människors hälsa har berott på en höjning av levnadsstandard, förändrade attityder, trygghet på arbetsmarknaden osv.¹⁵¹ Villkor och erfarenheter som jag föreslår att de planerade undersökningarna från Epidemiologiskt centrum kan titta närmare på är exempelvis skolmiljön, sexuella trakasserier, sexualisering av kvinnokroppen, fördelning av resurser, ansvar, stress och krav i skolan och hemma samt det våld och de övergrepp som många flickor utsätts för av män i sin närhet.

Vi måste dock vara uppmärksamma på att inte stigmatisera unga tjejer som passiva offer för socialisering. Alla tjejer mår inte dåligt och många bedriver ett starkt medvetet och omedvetet motstånd. Vi kan däremot säga att livssammanhanget, som präglas av vad Stoppard benämner ”girl-poisoning”, är betydligt mer begränsande för unga flickor än för pojkar.¹⁵²

Så till frågeställningens tredje fråga: Hur konstrueras unga kvinnor och flickor i dessa rapporter och utredningar? Som konstaterades ovan sker en normalisering av tjejernas sämre hälsostatus. Genom denna negligering och förminskning av flickors problematik och deras beskrivningar av sina erfarenheter, säger man att det är okej att flickor mår sämre. Dessutom prioriteras ”pojkk-problematik”. Detta kan inte bara medföra ett omfattande lidande hos tjejer utan berättar även för omgivningen att flickor och femininitet sammankopplas med psykisk ohälsa vilket i vår kultur ses som synonymt med svaghet. En svaghet som historiskt har använts som argument mot kvinnors engagemang i studier, arbete, politik eller andra maktpositioner.¹⁵³ Därmed stigmatiseras unga flickor som underlägsna pojkar (och män) och ojämlikhet mellan kvinnor och män rättfärdigas och reproduceras. En annan konsekvens är att om unga tjejers psykiska ohälsa inte betraktas som ett problem, föranleder det inte heller några aktiva åtgärder.

Om vi återkommer till Foucaults diskursbegrepp och iakttar vem/vilka som får säga vad om vem i diskursen om ungas psykiska hälsa kan vi se exempel på förminskande, nedvärderande

¹⁵¹ Abbott;Wallace 1997 s 193

¹⁵² Stoppard 2000 s 134

¹⁵³ Abbott;Wallace 1997 s 194

och stereotypiserande beskrivningar av unga tjejer. Jag refererar främst till Psykoanalytiska institutets utsagor som Folkhälsoinstitutet väljer att lyfta fram i sin rapport om ungdomspolitiska mål. Som citerades ovan beskrivs här unga kvinnor som söker psykoterapi beskrivs i termer av ”sårbarhet”, ”sviktande självbild”, ”vegetativt dagdrömmeri”, ” ’ att vara ’ ”. Hade det varit möjligt att lika enkelt framställa pojkar eller män med liknande negativa attribut? Jag ställer mig frågan varför verksamma inom fältet folkhälsa som uttryckligen framhåller samhälliga faktorerers betydelse för hälsa, väljer att lyfta fram denna typ av forskning. Även om bibliotekens bokhyllor inte dignar av genusteoretiska studier av ungdomars psykiska hälsa, finns det ändå viss forskning och publicerat material.¹⁵⁴

Jag har också reflekterat över att ”de som får säga” – auktoriteterna inom fältet inte är tjejerna själva utan främst personer tillhörande de psykiatriska eller psykologiska disciplinerna. Medicinens status är således fortfarande hög. Mitt intryck är att de självrapporterade uppgifterna inte betraktas som lika legitima eller giltiga som psykiatriska diagnoser eller uppgifter från lärare, läkare eller föräldrar. Jag efterlyser mer kvalitativ forskning där flickornas berättelser tas på allvar. En kvalitativ ansats möjliggör att man kan fånga såväl riskfaktorer som vilka strategier som kvinnor och män använder för att förbättra sin hälsa.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Se exempelvis Gillander Gådin (2002) *Does the psychosocial school environment matter for health?* Umeå Universitet, eller Gillander Gådin; Hammarström i Jeanneau 2003. Man kan dessutom ta del av forskning utanför Sverige.

¹⁵⁵ Hammarström 1997

7. Referenser

- Abbott, P; Wallace, W (1997) *Introduktion till sociologi – Feministiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (1999) *Mini-D IV – diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press, Kristiansstad.
- Ballou, M;Gabalac, N W (1984) *A Feminist Position on Mental Health*. Springfield, Illionois. : Thomas
- Bergström, G; Boréus, K (2000) *Textens mening och makt –metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Bondi L; Burman, E (2001) Women and mental health, a feminist review. *Feminist Review* no 68 summer 2001 p6-33.
- Boorse, C (1977) Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* no 44/1997 s. 542-573.
- Carlson, Å (2001) *Kön, kropp och konstruktion - en undersökning av den filosofiska grunden för distinktionen mellan kön och genus*. Eslöv: B. Östlings bokförlag. Symposion; (Stehag: Symposion)
- Cermele, J A. et al. (2001) Defining the normal: constructions of race and gender in the DMS-IV casebook. *Feminism and psychology* Vol 11(2):229-247
- Connell, R (2001) *Om genus*. Göteborg : Daidalos, MediaPrint Uddevalla
- Crawford M; Unger R (2000) *Women and gender a feminist psychology*. Boston, Mass.: McGraw-Hill, cop.
- Danielson, M (2003) *Svenska skolbarns hälsovanor*. Statens folkhälsoinstitut.
- Elofsson, S (1999) *Måste unga flickor må sämre än unga pojkar?* Stockholms stad, forskningsenheten; Stockholms universitet institutionen för socialt arbete.
- Fairclough, N (1995) *Media Discourse*. New York: Oxford University Press
- Gemzöe, L (2002) *Feminism*. Stockholm: Bilda förlag
- Gilje, N; Grimen, H (1992) *Samhällsvetenskapens förutsättningar*. Göteborg: Daidalos.
- Gillander Gådin, K;Hammarström, A (1998) Ska flickor inkluderas i feministisk forskning? *Socialmedicinsk tidskrift* nr 1-2/1998.

Gillander Gådin, K; Hammarström, A (2003) Sexuella trakasserier i skolan – en tänkbar bidragande orsak till att flickor rapporterar mer psykologiska symtom än pojkar i årskurs nio? I Jeanneau, M *Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell forskning*. Rapport 2003:3 Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin Enheten för psykisk hälsa.

Hammarström, A (2004) *Genusperspektiv på medicinen*. Stockholm: Högskoleverket

Hammarström, A et al (1996) Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller. I Östlin, P et. al *Kön och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Hammarström, A (1997) Vad innebär det för mig att forska utifrån ett könsteoretiskt perspektiv? *Socialmedicinsk tidskrift* nr 4 1997 s. 199-201.

Hammarström, A (1998) Feministisk forskning inom medicinen – var står vi idag? *Socialmedicinsk tidskrift* nr 1-2/1998 s 8-12.

Hammarström, A (2002) What could a gender perspective mean in medical and public-health research? I Wamala, S P.; Lynch, J *Gender and social inequities in health*. Lund: Studentlitteratur.

Hammarström, A; Johansson, E (2002) Genusvetenskapens utveckling inom medicinen. I Thurén, B M (red) *Genusvägar - en antologi om genusforskning*. Malmö: Liber.

Hammarström, A (2002) Genusvetenskapens inomvetenskapliga utveckling inom medicinen. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr 2/3 2002 s.93-114.

Harding, S (1986) *The science question in feminism*. Milton Keynes: Open University Press

Harding, S; Hintikka, M B. (1983) *Discovering reality – feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology, and philosophy of science*. Dordrecht: D. Reidel, cop.

Hirdman, Y (2001) *Genus - om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber.

Hirdman, Y (1993) Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning. I Ericsson (red) *Genus i historisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Holmberg, C (1995) Feministisk teori. I Månson, P (red) *Moderna samhällsteorier – traditioner, riktningar, teoretiker*. Stockholm: Rabén Prisma; (Smedjebacken : Smegraf).

Hovellius, B (1997) Kvinnors underordning inom sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 4 1997.

Jeanneau, M (2003) *Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell forskning*. Rapport 2003:3 Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin Enheten för psykisk hälsa.

Kroon, Å (2001) *Debattens dynamik – hur budskap och betydelse förvandlas i medieindustrin*. Linköping: Linköpings universitet, Tema kommunikation, (Motala : Kanaltr.)

Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Magnusson, E (2003) *Psykologi och kön*. Stockholm: Natur och kultur, (Finland)

Malterud, K (2002) Feministisk teori kan utmana medicinsk kunskap. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr 2/3 2002 s. 5-18.

Mulinari, D et al. (2003) *Mer än bara kvinnor och män – feministiska perspektiv på genus*. Lund: Studentlitteratur.

Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) 2004. www.ki.se/suicide//ungdomar_konsmonster.html

Nationella sekretariatet för genusforskning (1999) *Kön eller genus?* Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning.

Nordenfeldt, L (1996) *Samtal om hälsan – en dialog om hälsans natur*. Falköping: Almqvist & Wiksell/Liber.

Olsson, G (1998) *Adolescent depression. Epidemiologi, nosology, life stress and social network*. Avhandling. Uppsala: Uppsala universitet.

Ottosson, J. O (1995) *Psykiatri*. Stockholm Liber Förlag AB

Sahlin, I (1999) Diskursanalys som sociologisk metod, i Sjöberg, Katarina (red.) *Mer än kalla fakta – kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Sands, T (1998) Feminist counselling and female adolescents: treatment strategies for depression. *Journal of Mental Health Counseling*. January 1998.

Schraedley et al. (1999) Gender Differences in Correlates of Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1999;25:98-108.

Slater et. al A feminist theoretical approach to understanding health of adolescent females . *Journal of adolescent Health* 2001;28:443-449

Socialstyrelsen:

- (1997) SOU 1997:8 *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa*. Delbetänkande från Barnpsykiatriutredningen.
- (1998) SOU 1998:31 *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande Barnpsykiatriutredningen.
- (2000) SOU 2000:19 *Från dubbla spår till elevhälsa*. Slutbetänkande från elevvårdsutredningen.

- (2001) SOU 2001:55 *Barns och ungdomars välfärd*. Antologi/Kommittén Valfärdsbokslut.
- (2001) Folkhälsorapport 2001
- (2003) Lägesrapport 2003 om folkhälsa och social välfärd.
- (2004) Flickor som skadar sig själva – en kartläggning av problemets omfattning och karaktär.

Stattin, H (2002) Depressive symptoms in adolescent girls: has anything happened in the last 30 years? I Conferens Report *Measurement and Monitoring of Mental Health in Children and Adolescents*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Stoppard, J M (2000) *Understanding depression – Feminist social constructionist approaches*. London: Routledge.

Tengland, PA (1999) Psykisk hälsa vad är det? En filosofisk diskussion. *Insikten* nr 3/1999

Tengland, PA (2000) Vad säger psykiatrin om psykisk hälsa? En filosofisk betraktelse. *Svenska föreningen för psykisk hälsa* nr 2/2000 årgång 41.

Walker, Z; Townsend, J (1998) Promoting adolescent mental health in primary care: a view of the literature. *Journal of Adolescence* 21/1998 s. 621-634.

Winzer (2003) *Rapportering av ungdomspolitiska mål*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.