



LUNDS
UNIVERSITET

Medikalisering av livets svårigheter

en diskursanalytisk studie av hur psykisk (o)hälsa
representeras i riksdagsmotioner hösten 2022

Norea Hammarin

Bara de hjärtlösa går fria
Så länge du lever
kommer du att lida

Och det ska kallas liv

Definitivt

– *Det här är hjärtat,*
Bodil Malmsten

Abstract

The aim of this study is to provide understanding on how the discursive construction of mental health and illness in politics relates to health policy and in turn to inequalities in mental health. Based on Carol Bacchis discourse analytical framework WPR, I analyze policy documents from the Swedish parliament in fall 2022 in order to investigate how mental health and illness is represented in the political discourse and what potential effects these representations have on inequalities in health.

The analysis shows that the biomedical, reductionist and individualistic perception of mental illness is dominant, meaning that mental distress is largely constructed in a clinical diagnostic manner according to which mental illness is perceived as a neurobiological disease to be treated. However, there are also tendencies of a social, holistic and structural understanding of mental illness, especially among the political parties with a socialist, feminist or national socialist ideology. The social understanding highlights the relationship between socio-economic factors and mental health, and posits that inequalities in mental wellbeing cannot be leveled out without also addressing other structural inequalities.

The effects of the predominantly biomedical elements of the political discourse are that the problem of mental illness and health inequality is medicalized, individualized and depolitized, meaning that responsibility is deflected from politics to individuals. Structural and socioeconomic factors are thus largely omitted from the problem representations which impedes the political changes necessary to address mental illness. Furthermore, the biomedical model contributes to stigmatization of mental illness, thereby reinforcing power relations through processes of blame, social exclusion and diminishing of agency.

Nyckelord: diskursanalys, folkhälsa, medikalisering, policy, poststrukturalism, psykisk ohälsa, social determinants of health, WPR

Antal ord: 17 824

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	<i>Syfte och frågeställning</i>	2
2	Historisk bakgrund: psykisk ohälsa i den svenska välfärdsstaten	3
3	Tidigare forskning	6
3.1	<i>Folkhälsovetenskap: sociala bestämningsfaktorer för hälsa</i>	6
3.2	<i>Klinisk psykologi</i>	7
3.3	<i>Medicinsk sociologi</i>	9
3.4	<i>Statsvetenskapliga perspektiv på psykisk hälsa</i>	9
4	Teori	11
4.1	<i>Den socialkonstruktivistiska förståelsen av hälsa</i>	11
	Makt och governmentalitet	12
4.2	<i>Det biomedicinska respektive sociala paradigmet</i>	14
4.3	<i>Teorier om det biomedicinska paradigmets effekter</i>	15
	Stigmatisering	15
	Medikalisering	16
5	Metod och material	18
5.1	<i>Diskursanalysens innebörd och utgångspunkter</i>	18
5.2	<i>Diskursanalysens förtjänster och utmaningar</i>	19
5.3	<i>Poststrukturalistisk diskursanalys</i>	21
	Tillämpande av ”What’s the problem represented to be?”	22
5.4	<i>Avgränsningar och val av material</i>	23
5.5	<i>Insamling och urval av riksdagsmotioner</i>	24
6	Representationen av psykisk (o)hälsa i riksdagsmotioner	27
6.1	<i>Psykisk (o)hälsa som ett biomedicinskt fenomen</i>	27
	Reduktionistisk förståelse av hälsa	27
	Medikalisering	28
	Psykiatrisk expertkunskap	30
	Förebyggande åtgärder mot riskfaktorer	31
	Psykisk ohälsa som orsak till andra sociala problem	34
6.2	<i>Psykisk (o)hälsa som ett socialt fenomen</i>	35
	Holistisk förståelse av hälsa	35
	Sociala bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa	35
	Medikaliseringskritik	41
6.3	<i>Slutdiskussion om representationen av psykisk (o)hälsa</i>	43
7	Representationens effekter på ojämlikheter i psykisk hälsa	45
7.1	<i>Stigmatisering</i>	45
	Skuldbeläggande	45
	Social exkludering	46
	Passivisering	46

7.2	<i>Medikalisering</i>	47
	Responsibilisering och avpolitisering	48
7.3	<i>Slutdiskussion om representationens effekter på ojämlikheter i psykisk hälsa</i>	49
8	Slutsatser	50
	Referensförteckning	52
	<i>Material</i>	52
	<i>Litteratur</i>	55

1 Inledning

I en nyligen publicerad artikel i Dagens Nyheter med titeln *Läkaren: Hur hamnade vi i att antidepressiv medicin ingår i livet?* diskuteras den ökade användningen av psykofarmaka i Sverige. Det konstateras att antalet patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel ökar för varje år och att det idag är 1,2 miljoner svenskar, det vill säga ungefär var tionde person, som tar medicinen. Depression beskrivs som den nya folksjukdomen. Katrin Engel, specialist i allmänmedicin, menar att ”medikaliseringen lurar människor att tro att själva livet gör att man i perioder behöver äta psykofarmaka”: Det som vi förr såg som svåra livssituationer är nu något vi betraktar som sjukligt och tror att vi behöver medicineras för. Från läkarnas håll är utskrift av läkemedel en enkel lösning i en pressad arbetssituation där man inte har tid att sätta sig in i patientens komplexa livssituation (Dagens Nyheter 2023).

Folkhälsomyndigheten konstaterar baserat på Nationella folkhälsoenkäten från 2022 att det finns ett ömsesidigt samband mellan utbildningsnivå, privatekonomi och psykisk hälsa. Detta beror dels på att dålig psykisk hälsa kan påverka möjligheten att utbilda sig, vilket skapar sämre förutsättningar på arbetsmarknaden och i utsträckningen lägre löner och tyngre arbetsbelastning, dels på att dåliga arbetsförhållanden och ekonomisk otrygghet skapar stress och oro. Forskning visar att det finns en social gradient i detta avseende, det vill säga att ju mindre man tjänar, desto sämre upplever man sin psykiska hälsa (Folkhälsomyndigheten 1).

Det är alltså tydligt att makt- och resursaspekter präglar individers, grupper och samhällens sårbarhet för psykisk ohälsa. Det är också tydligt att makt präglar förståelsen av psykisk ohälsa och de politiska åtgärder som utformas som respons på desamma. Därför är statsvetenskap – som ägnar sig just åt fördelningen av makt och resurser – i högsta grad relevant för studier av psykisk ohälsa (Patterson et al. 2020, ss. 806, 820). Statsvetenskapliga perspektiv har trots detta varit föga närvarande i forskning på ämnet eftersom det har konstruerats som apolitiskt och avskilt från politikens intressesfär (Patterson et al. 2020; Priebe 2015, s. 1). Vikten av det politiska perspektivet på psykisk hälsa ligger i det starka sambandet mellan socioekonomiska faktorer och psykiska störningar, och de allvarliga konsekvenser som detta samband har för de drabbades livskvalitet (Muntaner & Geiger–Brown 2005, s. 279). Eftersom olika förståelser av hälsa leder till olika hälsopolicies finns ett starkt behov av forskning med fokus på de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa för att detta holistiska förhållningssätt ska få större genomslag i folkhälsopolitiken (Graham

2004, s. 101; Villhelmsson et al. 2011, s. 214). Det råder delade meningar om den diagnostiska kulturen blivit så pass inpräntad i det västerländska tänkandet att alternativa tankesätt blivit tabubelagda och nedtystade (Käfve 2006, s. 70), eller om en kritisk, social förklaringsmodell börjat ta fäste (Graham 2004, s. 101).

1.1 Syfte och frågeställning

I denna uppsats analyseras hur psykisk ohälsa konstrueras i den politiska diskursen, eller närmre bestämt i motioner till den svenska riksdagen under hösten 2022. Den snäva och aktuella tidsramen innebär att undersökningen blir ett nedslag i den samtida svenska politiken. Sverige utgör ett särskilt intressant fall att studera eftersom synen att varje individ ansvarar för sin egen hälsa introducerats även i den svenska politiska diskursen, trots att den socialdemokratiska dominansen under 1900-talet satte en stark kollektivistisk prägel på den svenska synen på välfärd (Michailakis & Schirmer 2010, s. 930). Uppsatsämnet utgör ett nödvändigt bidrag till den befintliga litteraturen eftersom det tillför ett statsvetenskapligt perspektiv, kompletterar den i övrigt kvantitativt dominerande forskningen och erbjuder insikter i en tid och plats som hittills varit underutforskad, nämligen 2020-talets Sverige.

Målet med uppsatsen är att ge insyn i hur förståelsen av psykisk ohälsa ser ut just här och just nu, vilket kan bidra med vidare förståelse av hur problemrepresentationer formar politiska beslut och i utsträckningen det samhälle vi lever i. Min frågeställning är: *Hur representeras psykisk (o)hälsa i riksdagsmotioner och vad har detta för potentiella effekter för ojämlikheter i psykisk hälsa?* Detta besvaras genom diskursanalys baserad på Carol Bacchis ramverk "What's the problem represented to be?".

2 Historisk bakgrund: psykisk ohälsa i den svenska välfärdsstaten

Runt om i Västeuropa ledde tilltro och förhoppningar om vetenskapliga framsteg under 1700- och 1800-talet till att institutioner för vård och omsorg genomgick stora förändringar. Istället för att hålla sjuka, handikappade, gamla och fattiga instängda och avlägsnade från omvärlden började man alltmer försöka behandla och bota dem med hopp om att kunna omvandla dem till friska och nyttiga samhällsmedborgare (Beckman 1984, s. 32). Byggandet av den moderna nationalstaten på 1800-talet innebar att staten och kommunerna övertog en allt större del av ansvaret för den sociala omsorgen samtidigt som den medicinska vetenskapen fick större inflytande på socialpolitiken (Nye 2003, s. 122; Qvarsell 1993, s. 40). Efter andra världskriget uppkom begreppet folkhälsa och blev en hörnsten i den svenska välfärden som en del av den socialdemokratiska idén om folkhemmet. Under denna tid utvidgades tillgången till hälso- och sjukvård, bostad och utbildning, och de sociala rättigheterna för arbetslösa, äldre, sjuka och handikappade byggdes ut (Nygård 2020, s. 89; Svensson 1993, s. 9). Människan som tidigare betraktats som en komplex psykisk och social varelse kom under 1900-talet att betraktas som en rent av biologisk varelse, styrd av sin genuppsättning och hjärnans kemiska processer (Hallerstedt 2006, s. 14). Detta kallas för inträdet av *det biomedicinska paradigmet*: Den medicinska synen kom att betraktas inte som ett av flera möjliga perspektiv på hälsa, utan som den enda och självklara förklaringsmodellen (Horwitz 2002, s. 5).

På 1960- och 1970-talet växte emellertid en antipsykiatrisk rörelse fram som var kritisk mot den biomedicinska modellen och dess antagande att sociala och individuella patologier tar sig uttryck i symptom som kan diagnostiseras och botas enligt en organisk förståelse av hälsa och sjukdom (Johnstone & Boyle 2018, ss. 3–4; Villhelmsson et al. 2011, s. 213). Rörelsen riktade skarp kritik mot den tidigare förda socialpolitiken (Björkman 2001, s. 309). Inte minst kritiserades den stängda och inhumana vården av psykiskt sjuka, och anti-psykiatriförespråkare argumenterade för att en avinstitutionisering skulle äga rum – vilket också blev fallet när 20 000 av 35 000 svenska slutenvårdsplatser avvecklades under 1970- och 1980-talet (Piuva 2005, s. 50). I Sverige fortsatte denna process i och med psykiatrireformen 1995 och vid millennieskiftet hade så gott som alla slutna vårdplatser avvecklats. Även i andra västerländska länder, som exempelvis USA, innebar avinstitutioniseringen stora utmaningar, framför allt eftersom öppenvården inte utvidgades i

motsvarande kaliber (Borinstein 1992, s. 186; Topor et al. 2019, ss. 8–9). Resultatet blev att många tidigare patienter lämnades utan vård, sysselsättning och bostad med ökad hemlöshet och kriminalitet som följd (Topor et al. 2019, ss. 8–9). I Sverige har även det genom psykiatrireformen införda dubbla huvudmannskapet, det vill säga kommunen och regionens delade ansvar för människor med psykisk ohälsa, lett till att många fallit mellan stolarna (Topor et al. 2019)

Under 1990-talet och början av 2000-talet ägde flera förändringar rum som tillsammans innebar ett skifte från en ”passiv” social trygghet till ett mer aktivt medborgarskap där socialpolitiken blev aktiverande och disciplinerande. För det första genomfördes förändringar av försäkringssystemet som gjorde det ekonomiska stödet kraftigare villkorat och sänkte ersättningsnivåerna, vilket forskare menar har bidragit till att det ekonomiska gapet mellan människor med psykiska problem och den övriga befolkningen har ökat under de senaste decennierna (Topor et al., 2019 s. 13; Nygård 2020, s. 108). För det andra har arbetsmarknaden avreglerats, inte minst genom det genomslag som “New public management” – en strategi för att effektivt organisera den offentliga sektorn på liknande vis som det privata näringslivet – fick i Sverige på 1990-talet. Som en konsekvens av detta har individen fått ett större ansvar för att övervaka sin egen hälsa och undvika potentiella hälsorisker, samtidigt som den politiska styrningen av välfärden fokuserat på mätbara prestationer (Hallerstedt 2006, ss. 14–15; Michailakis & Schirmer 2010, s. 930; Topor et al. 2019). Ytterligare en utveckling är den kraftiga ökningen av diagnostisering som föddes ur den tredje upplagan av den amerikanska psykiatriska föreningens diagnosmanual DSM III på 1980-talet (Hallerstedt 2006, s. 16; Horwitz 2002, s. 2), och den fjärde upplagan på 1990-talet vilken sänkte kriterierna för ett stort antal diagnoser med konsekvensen att ”(...) beteenden och erfarenheter som tidigare ansågs normala nu sjukdomsförklarades, diagnostiserades och behandlades, främst med olika medicinska insatser” (Topor et al. 2019, s. 13). Den accelererande utvecklingen av neurovetenskapen understödde den medicinska förståelsen av psykisk sjukdom och banade på så sätt vägen för ett uppsving i psykiatrisk diagnostisering och behandling (Angermeyer et al. 2013, s. 146). Sammantaget har alltså kraven på politiska förändringar i stor mån ersatts av krav på individuella lösningar i form av terapeuter, diagnoser och mediciner (Topor et al. 2019, s. 13).

Samtidigt har under 1990- och 2000-talet förändringar genomdrivits inom folkhälsopolitiken i ett antal industrialiserade samhällen som kan anses gå i motsatt riktning, från en individuell till en strukturell orientering. Framför allt har det traditionella fokuset på att förbättra den allmänna befolkningens hälsa utvidgats till en ambition att minska hälsoskillnader mellan olika segment av befolkningen (Graham 2004, s. 101). Antagandet att ojämlikheter i psykisk hälsa i första hand kan härledas till sociala strukturer snarare än individuella val genomsyrar på så sätt dagens folkhälsofält,

eftersom folkhälsa per definition innebär ett erkännande av samhällets ansvar för allmänhetens hälsa och att sociala bestämningsfaktorer är centrala i detta avseende (Shim & Compton 2018, s. 844). Den svenska folkhälsomyndighetens uppdrag beskrivs i dag som att ”inte bara se till att befolkningens hälsa är så god som möjligt, utan även att den är jämlikt fördelad mellan olika grupper i samhället” (Folkhälsomyndigheten 2). Här finns alltså en intressant motsättning: Är pendeln på väg att svänga tillbaka åt det andra hållet, mot en mer social förståelse av psykisk ohälsa?

3 Tidigare forskning

Psykisk ohälsa är en fråga som behandlas inom en rad humanistiska, samhällsvetenskapliga och naturvetenskapliga ämnen och i gränslandet däremellan (Piuva 2005, s. 17; Svensson 1993, s. 13). I detta kapitel presenteras övergripande den tidigare forskning som gjorts på hälsoojämlikheter och på konstruktionen av psykisk (o)hälsa och dess effekter i fyra av de mest centrala disciplinerna för uppsatsämnet: folkhälsovetenskap, medicinsk sociologi, klinisk psykologi och slutligen statsvetenskap.

3.1 Folkhälsovetenskap: sociala bestämningfaktorer för hälsa

Inom folkhälsoforskningen har under de senaste decennierna vuxit fram ett subfält som belyser ”the social determinants of health” (SDH), eller på svenska: de sociala bestämningfaktorerna för hälsa. Sociala bestämningfaktorer definieras som de förhållanden under vilka människor föds, växer, lever, arbetar och åldras (Shim & Compton 2018, s. 844). Mer konkret syftar begreppet på de samhälleliga normer och strukturer (som fördomar, diskriminering, social exkludering, arbetslöshet, hemlöshet och matosäkerhet) som bidrar till sociala och miljömässiga riskfaktorer (som ohälsosamma beteenden, begränsningar i hjälpsökande och bristande tillgång till vård) (Compton & Shim 2014, s. 17). Det belyser alltså ”orsakerna till orsakerna”: de underliggande strukturer som formar vägen till psykisk (o)hälsa. Begreppet ”sociala bestämningfaktorer” introducerades på 1970-talet av forskare som var kritiska till folkhälsoforskningens snäva fokus på sjukdom och hälsointerventioner. Bland annat McKinlay argumenterade då för att det fanns ett behov av att rikta om fokus från ytliga, kortsiktiga lösningar inriktade på individuella riskfaktorer till den strukturella omgivning som utgör roten till människors hälsoproblem (McKinlay 2009 [1975], s. 1). Grundantagandet för detta subfält är att psykiska sjukdomar och störningar inte bör betraktas som helt och hållet individuella angelägenheter vars primära lösning ligger i medicinsk behandling, utan att samhället har ett kollektivt ansvar att åtgärda de sociala orättvisor som ligger till grund för ojämlikheter i psykisk hälsa. Detta genom att till exempel omfördela ekonomiska resurser; främja trygga uppväxtförhållanden; erbjuda jämlika möjligheter till utbildning och

anställning; och försäkra allas lika tillgång till mat, bostad och vård (Compton & Shim 2014, ss. 17–18; Shim & Compton 2018, s. 845).

Det positiva sambandet mellan fattigdom och psykisk ohälsa är ett av de mest väletablerade i psykiatrisk epidemiologi. Forskning har konsekvent påvisat att låg inkomst och låg socioekonomisk status är associerat med höga nivåer av psykisk ohälsa (Belle 1990, s. 385; Butterworth et al. 2009; Muntaner & Geiger-Brown 2005, s. 278; Murali & Oyebode 2004, s. 217). Växande bevis pekar på hur även andra sociala faktorer än ojämlikheter i inkomst, som till exempel diskriminering, social exkludering, arbetslöshet, osäkra arbetsförhållanden, svåra barndomsförhållanden¹ och matosäkerhet, kan leda till negativa hälsoresultat – och till disproportionerligt dålig hälsa för vissa segment av befolkningen. De senaste decenniernas forskning demonstrerar alltså att sociala bestämningsfaktorer är centrala för hur psykiska sjukdomar uppstår, utvecklas och manifesteras (Shim & Compton 2018, s. 844). Under det senaste årtiondet har antalet vetenskapliga referenser till sociala bestämningsfaktorer för hälsa ökat med nästan 2000 %. Folkhälsolitteraturens erkännande av deras vikt har inneburit ett betydande skifte i både praktik och forskning med implikationen att fokus börjat omförflyttas från medicinering, terapi och neurobiologi till policy (Shim & Compton 2018, s. 844).

3.2 Klinisk psykologi

Gränslinjen mellan SDH och klinisk psykologi är inte helt enkel att dra, eftersom det även inom den sistnämnda disciplinen finns en uppsjö av studier som behandlar hur psykisk ohälsa uppstår och tolkas. Det psykiatriska eller psykologiska perspektivet innebär emellertid att fokus ligger på psykologiska processer inom individer, till skillnad från folkhälsovetenskapens makroperspektiv.

Ett första område som denna disciplin berör är hur det biomedicinska perspektivet på psykisk hälsa förhåller sig till stigmatisering och vilka effekter detta kan ha på individer. Kvaale et al. (2013) har visat på att den biomedicinska förklaringen till psykiska problem kan minska stigma i det att den utmålar psykisk ohälsa som utom individens kontroll, vilket har föreslagits motverka skuldbeläggande och främja hjälpsökande beteenden. Å andra sidan kan den förstärka stigma på andra sätt, genom att ge upphov till negativa stereotyper som riskerar att öka den sociala distansen till människor med psykisk ohälsa (ss. 782–783). Angela Thachuk (2011) menar på liknande vis att konstruktionen av psykisk ohälsa som en fysisk sjukdom förstärker bilden av människor med psykisk ohälsa som fundamentalt annorlunda och mer våldsbenägna (s. 140). Den negativa

¹ Eng: "Adverse Childhood Experiences" (ACE).

stereotypen om psykisk sjukdom som förknippad med fara och oförutsägbarhet stärks även av en studie av australienska och nyzeeländska media av Coverdale et al. (2001). De menar att denna konstruktion bidrar till synen på psykiskt sjuka som inkapabla att kontrollera och ta hand om sig själva, vilket legitimerar att de görs till föremål för andras kontroll (Coverdale et al. 2001, s. 699).

Forskning har även gjorts på hur människors attityder gentemot psykiskt sjuka har förändrats över tid och hur attityder får reella effekter i både individuellt och statligt bemötande (Angermeyer et al. 2013; Borinstein 1992). Obonsawin et al. argumenterar för att människors villighet att erbjuda hjälp till människor med psykisk ohälsa beror på i vilken utsträckning de betraktar sjukdomen som inom individens kontroll. I de fall där psykisk ohälsa betraktas som en konsekvens av personens egna handlingar tillskrivs de ansvar över sin sjukdom och är mindre sannolika att motta sympati eller hjälp från såväl sina medmänniskor som samhällsinstitutioner (Obonsawin et al. 2013, s. 581). Ytterligare negativa effekter av det biomedicinska paradigmet är att det kan ge upphov till pessimism avseende möjligheten att psykiska problem förbättras och därmed skapa en känsla av hopplöshet hos såväl individer som hos samhället i stort (Kvaale et al. 2013, s. 783). Det strikta fokuset på diagnoser riskerar dessutom att människor får missriktad vård eftersom deras komplexa upplevelser inte tas i beaktning (Thachuk 2011, ss. 141–142).

Ett andra område inom denna disciplin är relationen mellan psykisk hälsa och socioekonomiska faktorer. Walther et al. (2021) identifierar till exempel fem viktiga faktorer i relationen mellan psykisk hälsa och integration: påverkan från svåra upplevelser i det förflutna; osäkerheten och rädslan förknippad med asylprocessen; svårigheter med att bygga upp ett nytt liv och få en anställning; lära sig ett nytt språk; och sociala svårigheter, delvis på grund av främlingsfientlighet och kulturskillnader (2021). De belyser också tidigare forskning som har visat hur socioekonomiska faktorer som dålig boendesituation, arbetslöshet, språkinlärning och diskriminering påverkar migranters psykiska mående (Walther et al. 2021, s. 2). Vidare argumenterar Johnstone & Boyle (2018) för att upplevelser av psykiskt lidande i viss grad reflekterar en upplevd oförmåga att efterleva ett specifikt samhälles normer och värderingar, såsom att inte leva upp till ideal om vikt och utseende, att inte passa in i könsrättiga stereotyper eller normer om sexualitet, att inte kunna uppfylla de förväntningar som finns om lönearbete eller att inte kunna tillfredsställa de emotionella och sociala behoven i mänskliga relationer (s. 14). Även inom den kliniska psykologin och psykiatrin förekommer alltså argument om den sociala och politiska prägeln på psykisk ohälsa och kritik mot det biomedicinska paradigmet osynliggörande av detta (Thachuk 2011).

3.3 Medicinsk sociologi

Den medicinska sociologin som disciplin har utvecklats just i brytningen mellan det biomedicinska och sociala paradigmet, och grundar sig på en kritik av den snävt biomedicinska synen på människan (Svensson 1993, ss. 14–15). Medicinsk sociologi ägnar sig bland annat åt effekterna av stigma, psykiatrin som utövare av social kontroll, sociala strukturer inom sjukvården, hur ohälsa formas av sociala, kulturella och historiska faktorer, hur individer reagerar på och tolkar sjukdom och hur kategorier av människor produceras genom historiska processer, kunskaper och styrningsteknologier (Cook & Wright 1995; McCallum 1997, s. 60; Svensson 1992, s. 10). Disciplinen växte fram under andra hälften av 1900-talet och tog bland annat inspiration av Foucaults teorier om psykisk sjukdom som social konstruktion: både i avseendet att det produceras av sociala aktiviteter och konflikter, och i bemärkelsen att det uppstår genom psykiatris stämplande av vissa beteenden som normala och andra som onormala (Armstrong 1997, s. 17). Sociologen Allan Horwitz har bland annat argumenterat för att de medicinska disciplinerna kan stimulera och förstärka psykiska problem i och med att sjukdomskategorierna ger upphov till självidentifikation som hjälplöst offer och en upplevelse av att vara beroende av de medicinska professionerna (Horwitz 2002, s. 218). Det sociologiska perspektivet kan kännas igen i mycket av den forskning som bedrivs i andra samhällsvetenskapliga och tvärvetenskapliga discipliner. Michailakis & Schirmer (2010) tar till exempel avstamp i sociologin i deras undersökning av det individualistiska perspektivets prägel på svensk hälsopolitik. De argumenterar för att detta skifte från kollektivism till individualism är en politisk lösning för att legitimera fördelningen av knappa resurser i takt med att vårdkonsumtionen ökar (Michailakis & Schirmer 2010, s. 930).

3.4 Statsvetenskapliga perspektiv på psykisk hälsa

Slutligen kan även nämnas studier av mer statsvetenskaplig karaktär som likt denna analyserat policys gällande psykisk hälsa. Teghtsoonian (2009) tillämpar Foucaults begrepp governmentalitet i en analys av hur neoliberalismen influerat politiken för psykisk hälsa i industrialiserade Väst, med den kanadensiska provinsen British Columbia som exempel. Hon identifierar en trend av ”responsibilisering”, enligt vilken individer och grupper tillskrivs det huvudsakliga ansvaret för att hantera psykiskt lidande (Teghtsoonian 2009, s. 28). I Teghtsoonians analys av policydokument framkommer att depression framställs som ett individuellt problem som inte relateras till en bredare sociopolitisk miljö i vilken regeringspolitiken bidrar till höga nivåer av depression bland vissa

grupper. På detta sätt hålls politik och systematiska ojämlikheter utanför analysen och i stället förespråkas individens tillgång till information för att själva kunna göra informerade beslut för sitt välmående (Teghtsoonian 2001, s. 31). Fullagar & Gattuso (2002) tillämpar också governmentalitybegreppet och kombinerar detta med ett feministiskt perspektiv på australiensiska policys om psykisk hälsa. I likhet med Teghtsoonian (2009) framkommer att samtida diskurser om psykisk hälsa producerar en dominerande förståelse av depression som individualiserar kvinnors emotionella erfarenheter och ignorerar könsstrukturer (Fullagar & Gattuso 2002, s. 5). Maria Fjellfeldts studie (2021) är en av få ur statsvetenskapligt perspektiv som gjorts i en samtida svensk kontext. Hon tillämpar likt mig själv Bacchis WPR-ramverk och analyserar utvecklingen av en ny policy om psykisk hälsa 2015. Hennes slutsats är att de strukturella aspekterna försvann när policyn skulle tillämpas på regional och lokal nivå, och att ansvaret för psykisk hälsa istället förlades på varje enskild individ (Fjellfeldt 2021). Den tidigare forskningen på västerländska länder visar alltså samstämmigt på en individualistisk omsvängning i folkhälsopolitiken.

Kent et al. (2022) utför även dem en diskursanalytisk studie av debatten om en ny lag om psykisk hälsa i det brittiska parlamentet. De argumenterar för att psykiskt sjuka människor konstrueras som våldsamma, farliga och kriminella, vilket reproducerar medias porträttering av psykiskt sjuka som förknippade med kriminalitet, våld och droger (Kent et al. 2022, s. 153). Detta bekräftar alltså den tidigare presenterade psykologiska forskning som visat på den biomedicinska modellens stigmatiserande effekter.

Enkelt sammanfattat bidrar den tidigare forskningen inom dessa discipliner med kunskap om hur sociala och strukturella faktorer formar psykisk hälsa på samhällsnivå (SDH) och individnivå (klinisk psykiatri); den sociala konstruktionen av psykisk ohälsa och dess påverkan på maktförhållanden och identiteter (medicinsk sociologi); och hur synen på psykisk ohälsa formar och reproduceras genom policys (statsvetenskap). I följande kapitel binds dessa tvärvetenskapliga bidrag samman till det som utgör uppsatsens teoretiska grund.

4 Teori

Uppsatsens syfte är tudelat: att identifiera hur den politiska diskursen konstruerar psykisk (o)hälsa och att analysera vilka effekter detta kan ha för ojämlikheter i psykisk hälsa. I det första ledet är det framför allt huruvida representationen av psykisk (o)hälsa präglas av det biologiska eller sociala paradigmet som är av intresse, det vill säga om dess orsaker, natur, konsekvenser och åtgärder presenteras som holistiska/reduktionistiska, individuella/strukturella eller medicinska/sociala. I det andra ledet analyseras hur representationen av psykisk (o)hälsa formar politiken och i utsträckningen de ojämlikheter i psykisk hälsa som reproduceras eller omformas.

I detta kapitel redogörs först för de socialkonstruktivistiska antaganden som uppsatsen bygger på, framför allt vad gäller förståelsen av makt och governmentalitet. Därefter presenteras de vetenskapliga paradigmen som präglat och präglar synen på hälsa och slutligen de teoretiska begrepp som är centrala för analysen av de potentiella effekter problemrepresentationen har på ojämlikheter i psykisk hälsa: *stigmatisering*, *skuldbeläggande*, *social exkludering*, *passivering*, *medikalisering*, *avpolitisering* och *responsibilisering*.

4.1 Den socialkonstruktivistiska förståelsen av hälsa

Denna uppsats bygger på en socialkonstruktivistisk förståelse av psykisk (o)hälsa präglad av framför allt Michel Foucaults poststrukturalistiska angreppssätt. Psykisk ohälsa förstås enligt denna idétradition som ett socialt konstruerat fenomen som förändrats historiskt, ser olika ut i olika delar av världen och som varierar beroende på vem som lider av psykisk ohälsa och på vilket sätt det manifesterar sig (Mills 2015, s. 215). Ett socialkonstruktivistiskt perspektiv på sjukdom innebär ett ifrågasättande av sjukdom som någonting strikt fysiologiskt och objektivt och betonar istället att sjukdom är inbäddat i språkliga konstruktioner, kunskap och maktrelationer vid en given tidpunkt (Johannisson 2006, s. 29). Denna syn ligger med andra ord betydligt närmre den sociala än den biomedicinska förståelsen av psykisk hälsa. Valet att använda begreppet ”psykisk (o)hälsa” grundar sig just i synen på psykisk ohälsa och hälsa som socialt konstruerade motsatskategorier som ständigt

definieras i förhållande till varandra. Jag menar alltså att det inte går att tala om en diskursiv konstruktion av ohälsa som inte simultant inbegriper en konstruktion av hälsa, eftersom förståelsen av ohälsa i sin natur är beroende av vad vi lägger i begreppet hälsa.

Det socialkonstruktivistiska perspektivet innebär vidare att sjukdom, eller ohälsa i bredare bemärkelse, existerar först när människor är överens om vad det innebär genom att uppfatta, namnge och bekräfta det på ett samstämmigt sätt. Här spelar välfärdspolitiken en central roll i att fixera normerna för vad som är friskt och sjukt, normalt och avvikande (Johannisson 2006, ss. 29–31). Sociologen Ronny Svensson uttrycker det ömsesidigt konstituerande förhållandet mellan samhälle, medicin och individ på följande vis:

Det medicinska sjukdomsbegreppet utvecklas inte i ett socialt vakuum, det formas av det samhälle medicinen fungerar i. Omvänt kommer de av medicinen accepterade definitionerna av sjukt och friskt att sätta sin prägel på samhällets kultur och värdesystem. På samma sätt måste också den enskilde personens subjektiva upplevelse av att vara sjuk relateras till samhällsperspektivet (Svensson 1993, ss. 21–22).

Vidare baseras mitt förhållningssätt på antagandet att policyförslag inte är reaktioner på ”objektiva”, ”verkliga” politiska problem, utan att statliga institutioner är aktiva i att konstruera dessa (Bacchi 2009, s. 3; Osborne 1997, s. 174). Policyskapande förstås alltså som en kreativ snarare än reaktiv process (Osborne 1997, s. 174). Hur ett fenomen som psykisk ohälsa representeras spelar därmed roll eftersom det har implikationer för hur det förstås och hur de människor som berörs betraktas och behandlas av andra och av sig själva (Bacchi 2009, s. 35). Antagandet att olika förståelser av världen möjliggör olika beteenden innebär att det finns en länk mellan kunskap och social praktik (Jørgensen & Phillipps 2002, s. 4). I linje med poststrukturalistisk teori är det därför nödvändigt att urskönja hur makt (re)produceras genom diskursiva representationer (Bacchi 2009, s. 3).

Makt och governmentalitet

En poststrukturalistisk förståelse av makt innebär att makt förstås som relationellt: det är en aktivitet snarare än en ägodel och äger rum mellan människor inom ett socialt system (Turner 1997, ss. xi–xii). Foucault betraktade den medicinska makten som den underliggande resurs varpå förståelsen av sjukdom och ohälsa vilar, och att dess främsta inflytande ligger i att den formar individers upplevelser av sig själva och omvärlden (Armstrong 1997, s. 22; Lupton 1997, s. 99). Sedan den engelska publikationen av hans verk *Madness and Civilization* (1965) och *The Birth of the*

Clinic (1975) har Foucaults analys av relationen mellan makt och kunskap haft stor inverkan på studien av psykisk hälsa och ohälsa. Hans eftermäle ligger framför allt i den kritiska epistemologin han företrädde, enligt vilken sjukdomskategorier betraktas som ett sätt att forma och kontrollera subjekt (Turner 1997, s. i).

Centralt för den foucaultianska förståelsen av makt är begreppet *governmentalitet*. Governmentalitet är en sammansättning av orden ”government” (i betydelsen styrning) och mentalitet, och förstås som tekniker för att forma mänskligt beteende enligt vissa uppsättningar av normer och för vissa syften (Marston & McDonald 2006, ss. 9–10). Det åsyftar både själva aktiviteten styrning men också sättet att tänka om styrning: Det handlar med andra ord om ett speciellt sätt att tänka och agera som är inbäddat i försök att få kännedom om och styra befolkningens rikedom, hälsa och välmående (Rose & Miller 1992, s. 174; Teghtsoonian 2009, s. 29). I dagens samhälle har neoliberalism blivit den styrande mentaliteten i många västerländska länder, vilket kännetecknas av ett normativt fokus på individen, utökning av den privata sektorn och inkorporering av företagsselement i den offentliga sektorn (Teghtsoonian 2009, s. 29). Den neoliberal mentaliteten innebär att befolkningen ska vara så fri som möjligt samtidigt som den genom diskreta teknologier styrs till att leva ansvarsfullt och effektivt, exempelvis genom att välja sunda levnadsvanor som främjar hälsa (Henderson 2015, ss. 327–330). Att hälsa blivit så viktigt i det moderna, individualistiska samhället hänger ihop med att man måste vara konkurrenskraftig på arbetsmarknaden (Beck-Gernsheim 2012, s. 4; Turner 1997, s. xv). Den nyliberala governmentaliteten har kritiserats för att osynliggöra politikens inverkan på människors välmående och att förlägga skuld på de människor som inte ”vårdar” sin hälsa och därmed blir betraktade som oansvariga och misslyckade (Beck-Gernsheim 2012, s. 14; Teghtsoonian 2009, s. 29).

Forskning ur ett governmentalitetsperspektiv riktar fokus bort från de traditionella sätten att studera makt som någonting som utövas uppifrån och ned eller från centrum till periferi och väcker istället frågor om hur subjekt konstitueras genom politiken (Marston & McDonald 2006, s. 4), eller vilka aktörer som utövar makt, med vilket resultat, för vilka syften och med hjälp av vilka teknologier (Rose 2009, s. 20). På så sätt erbjuder det ett alternativ till maktanalyser med fokus på partipolitik och politisk ideologi, genom att istället undersöka relationen mellan olika rationaliteter och tekniker som formar den upplevda verkligheten (Marston & McDonald 2006, s. 7).

4.2 Det biomedicinska respektive sociala paradigmet

Det tidigare nämnda biomedicinska paradigmet har främjat en reduktionistisk förståelse av hälsa som avsaknad av sjukdom, och ohälsa som ett resultat av organiska, biologiska eller genetiska ”fel”. Enligt den biomedicinska förståelsen bör folkhälsa således ägna sig åt sjukdomsprevention och behandling på individnivå, eftersom ohälsa betraktas som en konsekvens av en klinisk sjukdom (Bacchi 2009, ss. 128–130; Pilgrim & Dowrick 2006; Villhelmsson et al. 2011, ss. 209–213). Det diagnostiska ramverket innebär att människors emotionella och beteendemässiga problem anses utgöra symptom på en intern patologi eller störning och att människor kan placeras i särskilda fack utifrån dessa symptom, vilket reducerar människors upplevelser av psykiskt lidande till en enda, biologisk förklaring och tar inte hänsyn till de sociala omständigheterna (Johnston & Boyle 2018, ss. 3–4; Pilgrim & Dowrick 2006, s. 8). Denna förklaringsmodell har under 1900-talet blivit så pass djupt rotad och självklar, inte bara i psykiatrin utan i den västerländska filosofin i allmänhet, att den länge förblivit oemotsagd (Johnstone & Boyle 2018, s. 4; Kärfve 2006, s. 70).

Växande kritik mot detta tankesätt har emellertid banat vägen för det som brukar kallas för det sociala paradigmet (Bacchi 2009, ss. 128–130). I motsats till den biologiska modellen vilar den sociala modellen på en holistisk förståelse av hälsa som kan delas in i tre olika men närliggande definitioner: (1) hälsa som *välmående*, det vill säga som en subjektiv upplevelse av ett positivt sinnestillstånd; (2) hälsa som *balans*, det vill säga att en persons totala förmågor överensstämmer med personens egna mål; eller (3) hälsa som *förmåga*, det vill säga att en person kan uppnå grundläggande mål som att ha tillfredsställande sociala relationer, vara förmögen att delta i ett stort antal aktiviteter och fungera i samhället. Psykisk ohälsa förstås i sin tur som (1) ett inre tillstånd av lidande, (2) en obalans mellan förmåga och mål och/eller (3) en oförmåga att fungera i sin sociala miljö (Villhelmsson et al. 2011, ss. 209–213).

Den sociala förståelsen betonar också sambandet mellan sociala bestämningsfaktorer och psykisk hälsa, det vill säga att människors välmående formas av aspekter relaterade till sådant som tid, plats, etnicitet, klass och kön (Mills 2015; Pilgrim & Dowrick 2006). Implikationen av en sådan förståelse är att folkhälsoarbetet i högre utsträckning bör vara hälsofrämjande snarare än sjukdomspreventivt och behandlingsorienterat, och att folkhälsa ska vara inriktat på andra områden än de rent medicinska eftersom ohälsa inte förutsätter sjukdom. Folkhälsoarbete bör därmed innefatta åtgärder på samhällsnivå som att skapa trygga miljöer och stärka människors förutsättningar (Bacchi 2009, ss. 128–130; Villhelmsson et al. 2011, ss. 209–213).

4.3 Teorier om det biomedicinska paradigmets effekter

Stigmatisering

Folkhälsomyndigheten beskriver stigmatisering som ”(...) att en grupp, som anses avvika från normerna och betraktas som mindre värda i samhället, pekats ut och förknippas med negativa stereotyper” (Folkhälsomyndigheten 3). De förklarar vidare att stigmatisering av psykisk ohälsa kan leda till att människor med psykiatriska tillstånd får sämre bemötande från och behandling av vården; sämre förutsättningar i arbetslivet; sämre självkänsla och tilltro till sin egen förmåga; och att det hindrar människor från att tala om sitt psykiska mående och därmed också från att söka vård (Folkhälsomyndigheten 3). Det biomedicinska synsätt som blivit dominerande kan anses bidra till stigma genom att främja ett essentialistiskt synsätt enligt vilket en grupp anses dela vissa djupt rotade och fixerade egenskaper. Detta tenderar att ge upphov till stereotyper med negativt innehåll och ökar den sociala distansen till människor med psykisk ohälsa eftersom de positionerar denna grupp som annorlunda. Dessutom kan ett sådant synsätt ge upphov till pessimism avseende möjligheten att psykiska problem förbättras och därmed skapa en känsla av hopplöshet och maktlöshet (Horwitz 2002, s. 218; Kvaale et al. 2013, s. 783).

Jag väljer att sammanfatta effekterna av stigmatisering av psykiska hälsoproblem i tre fenomen: skuldbeläggande, social exkludering och passivisering. *Skuldbeläggande* syftar på härledningen av orsak till psykisk ohälsa, vilket forskning har visat påverkar kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga responser. Framför allt formar uppfattningen om i vilken grad psykisk sjukdom är kontrollerbart huruvida den drabbade personen tillskrivs ansvar för sitt tillstånd, vilka känslor som väcks hos omgivningen och om dessa känslor framkallar diskriminerande, avståndstagande eller hjälpande beteenden (Zhang & Wen 2021, s. 993). *Social exkludering* innefattar exkludering från ekonomiska resurser (det vill säga fattigdom), arbetsmarknaden, tjänster (exempelvis informationsteknologi och kollektivtrafik) och/eller sociala relationer (Gordon et al., 2000). Slutligen innebär *passivisering* en försvagning av agens, det vill säga att människors möjlighet till att förbättra sin situation begränsas. Detta kan både förstås som ett resultat av materiella omständigheter (som arbetslöshet) och känslomässiga faktorer (som upplevelse av pessimism och maktlöshet). Vi kan tala om dessa effekter både på individuell och kollektiv nivå, men eftersom jag i denna uppsats fokuserar på hur diskursen påverkar strukturella ojämlikheter i hälsa ligger tonvikten vid det senare.

Medikalisering

Genom historien har sociala grupper bedömt att vissa fenomen ligger utanför gränserna för vad som är psykiskt friskt och definierat dessa tillstånd som ”psykisk sjukdom”. Dessa klassifikationer har emellertid historiskt använts för ett väldigt litet antal tillstånd. Variationen av tillstånd som idag betraktas som psykisk sjukdom, det stora antal människor som antas lida av dessa sjukdomar och det stora antal yrkespersoner som behandlar dem saknar historiskt motstycke (Horwitz 2002, s. 208). *Medikalisering* syftar på den process genom vilken medicinen och dess besläktade discipliner får allt större inflytande i samhället (Lupton 1997, s. 94; Svensson 1993, s. 37). Denna process beskrivs av Svensson (1993, s. 37) äga rum på olika nivåer parallellt. På en begreppslig nivå innebär medikalisering att tillstånd och problem som tidigare inte betraktats som medicinska angelägenheter har kommit att införlivas i den medicinska sfären, som till exempel övervikt, alkoholism, ålderdom, stress, trötthet och så kallade ”riskbeteenden” kopplade till kosthållning, droganvändning och motion. På behandlingsmässig nivå innebär detta att de ovan nämnda tillstånden och beteendena blivit föremål för medicinsk behandling och prevention (Michailakis & Schirmer 2010, s. 937; Kärffe 2006, s. 59; Mills 2015, s. 217; Svensson 1993, s. 37; Vilhelmsson et al. 2011, s. 208). På institutionell nivå vilar välfärdssamhället i allt högre utsträckning på medicinska bedömningar, och på kulturell nivå har människors värderingar och handlingar blivit allt mer styrda av den medicinska dikotomin frisk–sjuk (Nye 2003, s. 117; Svensson 1993, ss. 37–39).

Det medicinska ramverket erkänner sällan att individers upplevelser av psykiskt lidande bestäms inom ett landskap av sociala, kulturella och historiska förhållanden som formas av exempelvis kapitalistiska, rasistiska och patriarkala strukturer (Mills 2015, s. 215). Det finns alltså en tendens att individualisera ett i grund och botten strukturellt problem, vilket får effekten att viktiga samhällsproblem avpolitiserar (Lupton 1997, s. 95; Svensson 1993, s. 33; Teghtsoonian 2009, s. 30; Villhelmsson et al. 2011, s. 213). Genom att patologisera psykiskt lidande, det vill säga att klassificera det som en sjukdom, presenteras människors upplevelser som apolitiska psykiatriska diagnoser. Diagnoserna skymmer på så sätt blicken för andra förklaringar än de medicinska och förflyttar ansvaret för problemet från politiken till medicinen (Johannison 2006, s. 40; Mills 2015, s. 216). På detta sätt kan psykiatrin i sig orsaka dubbelt lidande: De som upplever psykisk ohälsa lider både av hälsotillståndet i sig och av de potentiellt skadliga effekterna av den medicinska diskursen (Johnstone & Boyle 2018, ss. 4–5). Ju fler av de variationer som medikaliseras, desto mer förskjuts normalitetens gränser och desto större makt ges den medicinska disciplinen att avgöra var denna gräns ska gå. Detta beror på att de medicinska auktoriteterna ges ensamrätt att upptäcka, benämna och behandla tillstånd som i tidigare samhällen hade betraktats som avvikelser, brott, synder eller enbart dåliga vanor (Horwitz 2002, s. 8; Johannison 2006, s. 40). Medikalisering är

därmed relaterat till stigmatisering, eftersom det innebär att samhällets normer om vad som är avvikande får konsekvenser för hur människor bemöts och hur de betraktar sig själva.

Medikaliseringens effekter kan sammanfattas i två sammanhängande processer eller aktiviteter: *avpolitisering*, som är konstruktionen av en fråga som politiskt neutral eller irrelevant; och *responsibilisering*, som syftar på processen genom vilken individer görs ansvariga för sådant som tidigare skulle ha varit till exempel statens ansvar. Idén om responsibilisering är central för den teori om risk som först utvecklades av sociologerna Ulrich Beck och Anthony Giddens. De föreslog att i och med individualiseringsprocessen och att traditionella institutioner som religion, klass och familj har förlorat i inflytande så har individen i allt större utsträckning kommit att betraktas som ansvarig för sitt eget liv. Detta innebär att människor ser sig själva som härskare över sitt eget öde och betraktar de händelser som drabbar dem som konsekvenser av sina egna handlingar. Sociologen Robert Castel byggde vidare på denna teori genom att inkorporera Foucaults governmentaltetsbegrepp, och uppmärksammade på så sätt att de preventiva strategier som fått genomslag i folkhälsan i många länder illustrerar ett skifte från statens försök att kontrollera farliga individer genom interventioner (som exempelvis tvångsvård) till att istället vilja förhindra att sjukdom, abnormalitet och avvikelse uppstår från första början. Detta innebär en långt mer expansiv och diskret form av folkreglering eftersom det fokuserar på riskfaktorer snarare än individer och därmed har utökat omfånget av preventiva åtgärder. Castel menar att dessa nya former av kontroll, istället för att använda förtryck eller aktiv välfärdspolitik, styr individens livschanser utefter deras varierande kapacitet att leva upp till kraven på konkurrenskraft och lönsamhet (Petersen 2006, ss. 192–194).

Det biomedicinska paradigmet har kritiserats för att bidra till ett individualistiskt snarare än ett socialt eller strukturellt angreppssätt på ohälsa eftersom medicinen behandlar sjukdom som en ägodel, som någonting objektivt en person "har". Individen hålls ansvarig för sin livsstil och sina emotionella responser, och genom att fokusera på dessa tas sällan den fulla komplexiteten av personens situation i beaktning (Donahue & McGuire 1995, s. 48). Istället för att utreda de miljömässiga förhållanden som skapar stress och oro från första början läggs istället tonvikten vid individens viljeförmåga att styra sitt beteende (Donahue & McGuire 1995, s. 49). Konstruktionen av psykisk (o)hälsa som en individuell, biomedicinsk angelägenhet går alltså ut på att förlägga ansvaret för hälsa på individen och på så sätt placera problemet utanför politikens intressesfär.

5 Metod och material

Uppsatsens frågeställning – *hur representeras psykisk (o)hälsa i riksdagsmotioner och vad har detta för potentiella effekter för ojämlikheter i psykisk hälsa?* – besvaras med hjälp av diskursanalys av riksdagsmotioner som behandlar ämnet psykisk (o)hälsa. Som verktyg för analysen används Carol Bacchis ramverk ”What’s the problem represented to be?” (WPR), som har ett diskursanalytiskt angreppssätt med en Foucaultiansk, poststrukturalistisk utgångspunkt och är utformad för analys av policydokument (Bacchi 2009, ss. 2–19). I detta kapitel redogörs först för den socialkonstruktivistiska grund som såväl diskursanalysen som uppsatsens frågeställning är förankrad i. Därefter diskuteras styrkor och svagheter med diskursanalysen som metod, hur jag förstår det poststrukturalistiska förhållningssättet till diskursanalys, följt av Bacchis analytiska ramverk WPR och hur detta tillämpas i uppsatsen. Sedermera behandlas de beslut som tagits avseende valet, urvalet och insamlingen av material, och vilka begränsningar och möjligheter som följer på dem.

5.1 Diskursanalysens innebörd och utgångspunkter

Diskursanalys är en kvalitativ form av textanalys som utforskar hur diskurser skänker legitimitet och mening till sociala praktiker och institutioner (Halperin & Heath 2020, s. 364). Begreppet ”diskurs” kan i sin tur definieras på åtskilliga sätt: Det beskrivs av Stuart Hall som en uppsättning uttalanden som erbjuder ett språk för att representera kunskap om ett ämne vilket begränsar sätten ämnet kan konstrueras på (Hall 1992, s. 291); av Carol Bacchi som socialt producerade former av kunskap som begränsar vad som är möjligt att tänka och säga (Bacchi 2009, s. 35); och av Foucault som praktiker som systematiskt formar de objekt om vilka de talar (Foucault 1972, s. 49). Gemensamt för definitionerna är betoningen vid kunskap och språkets producerande och begränsande roll. De delar även en bred förståelse av diskurs som inkluderar såväl det rent språkliga (det vill säga muntliga och skriftliga yttranden) som de sociala praktiker de relaterar till. Detta synsätt är särskilt lämpligt för analys av policydokument eftersom det med ett sådant material är svårt att dra en tydlig gräns mellan det språkliga och det praktiska (det vill säga den politik som föreslås). Således definierar jag den politiska diskursen om psykisk (o)hälsa som en uppsättning uttalanden och praktiker i politiken som bidrar till konstruktionen av psykisk (o)hälsa och därigenom begränsar sättet vi tänker på och talar om ämnet.

Diskursanalys kan utformas på ett flertal olika sätt som alla skiljer sig något i teoretiska grundantaganden, analytiskt fokus och tillvägagångssätt (Arribas-Ayllon & Walkerdine 2011, s. 2). Den gemensamma nämnaren för alla diskursanalytiska varianter är emellertid den socialkonstruktivistiska utgångspunkten att språket inte är en neutral reflektion av hur världen ser ut, utan att språket tvärtom spelar en aktiv roll i att skapa och förändra det vi upplever som verkligheten (Jørgensen & Philips 2002, kap 1, ss. 2–4; Marsch et al. 2018, ss. 183, 191). Det socialkonstruktivistiska antagandet innebär ett kritiskt förhållningssätt till förgiventagen kunskap, det vill säga att vår kännedom om världen inte betraktas som en objektiv sanning utan som socialt och diskursivt konstruerad. För det andra, och som ett resultat av detta, är vår förståelse av världen unik för en viss tid och plats. För det tredje innebär detta att den sociala världen inte är på förhand given med fixerade karaktärsdrag, utan att den ständigt måste bekräftas, ifrågasättas, förändras och reproduceras. Slutligen förutsätter socialkonstruktivismen att det finns en länk mellan språk, kunskap och social praktik – det vill säga att olika förståelser av världen möjliggör olika handlingar (Jørgensen & Phillips 2002, kap. 1, s. 5).

Likväl grundar sig uppsatsämnet på antagandet att hur vi talar om psykisk (o)hälsa (*diskurser*) får konsekvenser för hur vi betraktar fenomenet och de människor som förstås som psykiskt sjuka (*kunskap*), vilket i sin tur avgör både vilken politik som förs och hur individer agerar (*social praktik*) – och i utsträckningen hur den värld vi lever i ser ut. Kopplingen mellan språk och politik är förstås särskilt tydlig just i den politiska diskursen, vilket är skälet till att jag valt att avgränsa mig till hur psykisk (o)hälsa representeras i riksdagspolitiken. Syftet med uppsatsen, och med diskursanalys i allmänhet, är alltså inte att kartlägga kvantifierbara effekter av specifika policyförslag, utan att undersöka hur det valda fenomenet konstrueras genom språket och vilka möjliga implikationer detta har.

5.2 Diskursanalysens förtjänster och utmaningar

Forskningsfältet om sambandet mellan struktur och psykisk hälsa har som tidigare nämnts vuxit under de senaste årtiondena och genom en rad kvantitativa undersökningar har forskare kunnat fastslå ett statistiskt robust samband mellan sociala faktorer som ekonomi, anställning, boendesituation och uppväxtförhållanden å ena sidan och psykiskt välmående å andra sidan (se ex. Belle 1990; Butterworth et al. 2009; Kvaale et al. 2013; Murali & Oyebode 2004). Medan kvantitativa ansatser kan leverera handfast data och kontrollerade experiment som bidrar med viktiga insikter gällande hur psykisk (o)hälsa bör bemötas från politiskt håll, så brister dessa

metoder i att skapa en djupare förståelse för relationen mellan hälsa och politik. Här ligger istället de kvalitativa metodernas styrka som än så länge varit kraftigt underrepresenterade på fältet.

Valet av metod är även nära knutet till valet av material och en tänkbar fråga är varför policydokument utsetts som underlag istället för exempelvis intervjuer. Eftersom de kvalitativa aspekterna på fältet är så pass utforskade, och särskilt i svensk kontext under det senaste decenniet, anser jag att ett bredare omfång av material är mer värdefullt. Att utföra en textanalys av redan producerat material bjuder in till en betydligt större mängd material att analysera som kan erbjuda en mer helhetlig bild av hur psykisk (o)hälsa konstrueras i dagens politiska diskurs. Detta kan i sin tur utgöra en grund för vidare forskning med hjälp av mer fördjupande metoder som intervjuer. Valet av diskursanalys istället för exempelvis kvalitativ innehållsanalys beror på att den förstnämnda undersöker textens betydelse i en bredare historisk och politisk kontext medan den sistnämnda fokuserar på textens innehåll som sådant (Halperin & Heath 2020, s. 384). För att utforska hur språk, kunskap, makt och social praktik samverkar är diskursanalys därmed den mest gynnsamma metoden, medan en kvalitativ innehållsanalys hade lämpat sig bättre för en snävt kartläggande studie för att exempelvis identifiera hur psykisk (o)hälsa kopplas till andra policyproblem.

Att analysera hur ett fenomen konstrueras diskursivt är i högsta grad ett subjektivt företag som bygger på tolkning av materialet ifråga. Detta innebär ofrånkomligen att analysens reproducerbarhet är något begränsad: Det är omöjligt att med säkerhet fastslå att en annan person med samma material skulle komma fram till precis samma slutsatser (Robertson 2018, ss. 242–243). I kvalitativ forskning är det därför av särskild vikt att forskaren förklarar hur analysen genomförts på ett sätt som gör det tydligt för läsaren hur och varför texten har tolkats på ett visst sätt (Halperin & Heath 2020, s. 385). Uppsatsförfattaren bör sträva efter att vara transparent, konsekvent och att producera en sammanhållen text där teori, metod, material och analys går hand i hand. För att stärka transparensen är det till exempel önskvärt att använda talrika citeringar av det empiriska materialet (Jørgensen & Phillips 2002, kap. 6, s. 25; Robertson 2018, s. 244).

En annan svårighet med att utföra en diskursanalys är att avgöra vad som definierar en diskurs, det vill säga att dra en gräns för var en viss diskurs börjar och slutar och var en annan tar vid. I den valda frågeställningen skulle en invändning till exempel kunna vara att den politiska diskursen är ett för brett begrepp, eftersom politik innefattar långt mer än det som äger rum inom plenisalens väggar. Eftersom riksdagen utgör Sveriges lagstiftande organ, och dessutom ska företräda det svenska folket, anses emellertid den politik som anförs i riksdagen vara central för den svenska, politiska diskursen. En annan svårbesvarad fråga är hur den politiska diskursen om psykisk (o)hälsa kan skiljas från exempelvis den medicinska. Identifiering av diskurser är till sin

natur godtyckligt och det är därför forskningsfrågan som bör avgöra vad som behandlas som en enskild diskurs (Jørgensen & Phillips 2002, kap. 4, ss. 5–6). I detta fall är syftet med uppsatsen att utforska hur psykisk (o)hälsa representeras i (riksdags)politiken, varför den ”politiska diskursen” har valts som begrepp. Denna diskurs överlappar naturligtvis med den medicinska diskursen, men kännetecknas av att psykisk (o)hälsa representeras som en del av politiska problem och lösningar.

Slutligen kan kritiska ansatser i allmänhet ifrågasättas i avseendet att forskaren själv är en del av den socialt konstruerade verklighet som den försöker blottlägga: Det vill säga att syftet att undersöka förgivettagna antaganden försvåras av att forskaren själv delar dessa antaganden. På samma sätt kan forskning paradoxalt nog bidra till att reproducera just de konstruktioner som den syftar till att problematisera (Jørgensen & Phillips 2002, kap. 6, ss. 4, 15–16). I detta fall kan det exempelvis handla om djupt rotade antaganden om västerländsk medicin och den biologiska synen på människan. Att sådana idéer riskerar att omedvetet föras vidare är emellertid omöjligt att undvika i all form av kunskapsproduktion, inklusive forskning, och kan i bästa fall minimeras genom självreflektion (Jørgensen & Phillips 2002, kap 6, ss. 23–24).

5.3 Poststrukturalistisk diskursanalys

Det som kännetecknar poststrukturalistisk, Foucault-inspirerad diskursanalys från andra ansatser är enligt författarna Arribas-Ayllon & Walkerdine främst tre saker: (1) att diskursen placeras in i en historisk kontext, (2) att analysen är fokuserad på utövandet av makt och (3) att analysen ägnar sig åt hur subjekt konstrueras (Arribas-Ayllon & Walkerdine 2011, s. 2). Makt förstås enligt Foucaults tradition inte som en individuell ägodel utan som något som verkar i relationen mellan människor och innebär möjligheter för vissa och begränsningar för andra (Arribas-Ayllon & Walkerdine 2011, s. 6; Bergström & Boréus 2012, s. 361) Subjekt syftar i sin tur på de positioner i olika maktrelationer som människor placeras in i, exempelvis som mor, fru, arbetare eller patient. Att analysera hur subjekt konstrueras innebär med andra ord att undersöka hur dessa positioner skapas och hur gällande maktförhållanden reproduceras eller omformas genom språket (Arribas-Ayllon & Walkerdine 2011, s. 6). Vidare utmärker sig poststrukturalismen i dess breda och abstrakta syn på diskurser. Diskurser förstås enligt detta perspektiv inte som konkreta resurser som aktörer medvetet använder sig av för att utöva makt. Med det sagt ska diskurser inte heller betraktas som transhistoriska strukturer som ”lever sina egna liv” oberoende av mänsklig aktivitet (Bacchi 2000, s. 52). Poststrukturalismen drar i regel inte heller någon markant gräns mellan det diskursiva och

det materiella, utan menar att dessa är så pass ömsesidigt konstituerande att de inte går att skilja åt (Bacchi 2000, s. 54). Detta är i enlighet med min uppfattning om att politik inte kan delas upp i en diskursiv och en materiell del eftersom de är intimt sammanflätade.

Tillämpande av ”What’s the problem represented to be?”

För att vägleda diskursanalysen används i denna uppsats Carol Bacchis ramverk ”What’s the problem represented to be?” (WPR). WPR är utformat just för diskursanalys av policydokument och har en Foucaultiansk, poststrukturalistisk utgångspunkt (Bacchi 2009, ss. 2–19). Av de sex frågor som ingår i ramverket är framför allt fyra av dem centrala för att besvara frågeställningen. De två frågor som utelämnas gäller hur problemrepresentationen uppstått och hur den etablerats (Bacchi 2009, ss. 2–19), vilket skulle kräva ett bredare tidsomfång av mer historisk kaliber. Nedan (se *tabell 1*) ges en kort genomgång av respektive fråga, hur de relaterar till uppsatsens frågeställning (hur psykisk (o)hälsa representeras i den politiska diskursen och vilka effekter detta har) och vilka teoretiska koncept som används för vilka delar av analysen. Frågebatteriet syftar i sin helhet till att utröna hur ett visst problem konstrueras, varför det konstrueras på just det sättet och vilka konsekvenser detta får. Baserat på detta ramverk delas uppsatsens övergripande frågeställning in i två delar som kan förstås som en så kallad tvåstegsraket eftersom den andra bygger på den första. Dessa lyder som följer:

- (1) Vilka antaganden bygger representationen av psykisk (o)hälsa på och vilka alternativa synsätt är frånvarande i representationen?
- (2) Vilka potentiella effekter får denna representation på ojämlikheter i psykisk hälsa?

Som beskrivits i teorikapitlet besvaras den första frågan framför allt med hjälp av den tidigare litteraturen om det biomedicinska respektive sociala paradigmet och de associerade förståelserna av hälsa som reduktionistiskt eller holistiskt och dess orsaker och åtgärder som individuella eller strukturella. I det andra ledet analyseras hur representationen av psykisk (o)hälsa formar politiken och i utsträckningen de maktförhållanden som (re)produceras eller omformas med hjälp av teorier om stigmatisering och medikalisering.

Övergripande fråga från WPR	Relevans för frågeställningen	Underfrågor	Relevanta begrepp
Vilket ”problem” representeras i en specifik policy?	Används för att identifiera policies som behandlar psykisk (o)hälsa och definiera hur de förhåller sig till andra problemrepresentationer	Finns det andra problemrepresentationer i samma policyförslag och hur förhåller sig i sådana fall dessa till varandra: vad är orsak och vad är konsekvens?	<i>problem-representation; riskfaktorer</i>
Vilka antaganden är underliggande i denna representation av ”problemet”?	Används för att mer specifikt undersöka hur mening skapas genom språket	Presenteras psykisk hälsa holistiskt som välmående/balans/förmåga eller reduktionistiskt som avsaknad av sjukdom? Presenteras psykisk (o)hälsa som ett individuellt eller strukturellt fenomen i dess orsaker, natur, konsekvenser och åtgärder?	<i>det biomedicinska paradigmet; det sociala paradigmet</i>
Vad utelämnas i denna problemrepresentation?	Används för att undersöka utrymmet för ifrågasättande och omförhandling av de antaganden som ovanstående fråga identifierar.	Vilka tystnader finns? Finns det alternativa sätt att konstruera ”problemet” på?	
Vilka effekter produceras av denna problemrepresentation?	Används för att undersöka vem som drar nytta av problemrepresentationen och vem som skadas av den, hur den förändrar eller bibehåller rådande förhållanden och hur den fördelar ansvar för problemet ifråga.	Var förlägger problemrepresentationen ansvaret för problemet? Vad har problemrepresentationen för implikationer för (om)fördelningen av maktresurser?	<i>stigmatisering; social exkludering; skuldbeläggande; passivisering; medikalisering; avpolitisering; responsabilisering</i>

Tabell 1. Egen sammanställning av hur WPR tillämpas i uppsatsen

5.4 Avgränsningar och val av material

Underlaget för analysen består alltså av riksdagsmotioner under hösten 2022. En motion är ett politiskt förslag som lämnas in av riksdagsledamöter till riksdagen under den allmänna motionstiden som inträffar under hösten varje år; under riksdagsåret 2022/23 ägde denna period rum mellan 26 september och 23 november 2022. Till skillnad från propositioner, som är de

lagförslag som presenteras av regeringen, kan alla politiska partier som är representerade i riksdagen inkomma med en motion (Riksdagen). Motionerna skiljer sig åt i huruvida psykisk ohälsa är huvudfokus eller snarare behandlas som en orsak eller konsekvens till ett annat policyproblem. De varierar också kraftigt i omfång: Medan vissa endast består av några korta stycken text uppgår andra till tiotals sidor.

Motioner utgör ett lämpligt material för frågeställningen eftersom de är en typ av policydokument där riksdagsledamöter utförligt identifierar, benämner, definierar, förklarar och söker lösningar på problem. Problemrepresentationer som konstrueras i policydokument är särskilt viktiga att analysera eftersom den politiska maktens konstruktioner av problem i särskilt hög utsträckning cementeras och reproduceras (Bacchi 2009, s. 33). Policies om psykisk hälsa har kraftfulla effekter på vad som betraktas som sant och formar på så sätt samtida förståelser av psykisk ohälsa och i förlängningen hur det erkänns (via kliniska diagnoser), görs till föremål för expertkunskap (via medicin- eller beteendevetenskap) och hanteras (av yrkespersoner inom vård och omsorg via den farmaceutiska industrin) (Fullagar & Gattuso 2002, s. 4). Diskursanalys av politiska förslag belyser dessutom att socialpolitiken inte endast är föremål för statlig kontroll, utan att de utgör en uppsättning praktiker som formas av och producerar särskilda ideal (Marston & McDonald 2006, s. 7).

5.5 Insamling och urval av riksdagsmotioner

För att identifiera relevanta motioner användes sökordet ”psykisk” på Riksdagens sökfunktion bland motioner, vilket ger 170 träffar under motionsåret 2022/23. I uppsatsen operationaliseras psykisk ohälsa som all form av psykiskt lidande eller psykisk otillfredsställelse som omnämns som sådant i materialet. Det innebär att alla uttalanden som explicit berör psykiskt mående har inkluderats, oavsett om uttalandet handlar om depression, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, missbruk, självmord eller andra negativa känslotillstånd eller beteenden så länge de länkas till psykisk ohälsa i motionen. ”Psykisk” användes som sökord eftersom det förutom det mest förekommande begreppet ”psykisk ohälsa” även fångar upp formuleringar som ”psykisk sjukdom”, ”psykiska störningar”, ”psykiskt (väl)mående”, ”psykiska påfrestningar” ”psykisk hälsa” och ”den psykiska folkhälsan”. Av dessa 170 motioner har 71 inkluderats i studien. De motioner som sällats bort har endast ytligt berört psykisk (o)hälsa eller har upprepat samma innehåll som andra motioner av samma parti, och har därför inte bedömts tillföra något nytt till det övriga materialet.

Syftet med uppsatsen är inte att kartlägga hur politiska partier skiljer sig åt i diskursen om psykisk ohälsa, utan att identifiera genomgripande mönster i den politiska diskursen oavsett partitillhörighet. Det är emellertid nödvändigt att vara uppmärksam på i vilken utsträckning varje parti är representerat i materialet och huruvida det förekommer skillnader mellan partiernas representationer av psykisk ohälsa. Nedan redovisas hur många av de analyserade motionerna som lagts fram av respektive parti för att tydligt visa hur urvalet av material ser ut (se *tabell 2*).

Riksdagsparti	Antal inkluderade motioner
Sverigedemokraterna (SD)	14
Moderaterna (M)	11
Kristdemokraterna (KD)	1
Liberalerna (L)	1
Socialdemokraterna (S)	13
Centerpartiet (C)	13
Vänsterpartiet (V)	12
Miljöpartiet (MP)	6
Tidöpartierna (SD + M + KD + L)	27
Oppositionen (S + MP + V + C)	44
Totalt antal motioner	71

Tabell 2. Egen sammanställning av de riksdagsmotioner som används som material för uppsatsen utifrån partitillhörighet.

Som framkommer av tabellen är samtliga riksdagspartier representerade i materialet och antalet motioner är i viss mån i paritet med partiernas storlek i valet 2022, men Centerpartiet och Vänsterpartiet är något överrepresenterade i förhållande till deras ringa andel riksdagsledamöter. Som en följd av detta är Tidöpartierna (M, KD, L och SD) något underrepresenterade med endast 27 motioner jämfört med de 44 motioner som lagts fram av oppositionspartierna (S, C, V och MP). En viss snedvridning är emellertid svår att undvika då oppositionspartierna är mer profilerade inom välfärdsfrågor än vad Tidöpartierna, med undantag från Sverigedemokraterna, är. För att undvika att den potentiella inverkan partitillhörighet kan ha på analysen undanskymas, redovisas alltid i texten vilket parti som står bakom vilken motion. Dessutom diskuteras skillnader mellan olika partier eller ideologier i de fall sådana identifieras.

6 Representationen av psykisk (o)hälsa i riksdagsmotioner

I följande kapitel presenteras analysen av riksdagsmotionerna vad gäller det första ledet av uppsatsens frågeställning, det vill säga hur psykisk (o)hälsa representeras. Analysen är strukturerad utifrån den biomedicinska och sociala förklaringsramen och deras respektive utmärkande drag beträffande hur naturen, konsekvenserna och åtgärderna av psykisk (o)hälsa och dess orsaker förstås. Slutligen sammanfattas analysen för att ge läsaren en övergripande bild av vilka element som präglar representationen.

6.1 Psykisk (o)hälsa som ett biomedicinskt fenomen

Reduktionistisk förståelse av hälsa

I motionerna representeras psykisk ohälsa i stor utsträckning med hjälp av medicinska termer som depression, ångestsyndrom, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, posttraumatiskt stressyndrom, ätstörningar, tvångssyndrom, utmattningssyndrom och fobier (se ex. Motion 2022/23:814; Motion 2022/23:255; Motion 2022/23:901). Detta visar på en reduktionistisk förståelse av psykisk ohälsa som synonymt med psykiatriska diagnoser eller sjukdomar; det vill säga som neurobiologiska avvikelser från ett ”normalt” hälsotillstånd. Även att den ökade användningen av antidepressiva läkemedel för att behandla depression och ångestsyndrom används som en måttstock på den stigande psykiska ohälsan framför allt hos barn och unga visar på att psykiatriska diagnoser och medicinering har en central plats i förståelsen av psykisk ohälsa idag (Motion 2022/23:597; Motion 2022/23:604; Motion 2022/23:922; Motion 2022/23:1229).

Det kliniska perspektivet innebär vidare att psykisk sjukdom förstås som någonting objektivt som kan identifieras, kategoriseras och behandlas psykiatriskt. I utsträckningen finns därmed som tidigare påtalats en essentialistisk tendens att konstruera människor med liknande psykiska problem som en urskiljbar och homogen grupp med gemensamma, bestämda egenskaper. Kristdemokraterna Lili André och Cecilia Engström skriver exempelvis att ”[b]arn och unga som

har olika neuropsykiatriska sjukdomar, NPF, brottas med koncentrationssvårigheter, social fobi och ångest vilket leder till stress och oro” (Motion 2022/23:1499). Detta konstaterande utesluter möjligheten att det inom gruppen ”barn och unga med NPF” finns stora variationer och att många kanske inte ens upplever att deras diagnos orsakar dem psykiskt lidande. Psykisk ohälsa representeras alltså till stor del enligt en reduktionistisk förståelse, vilket bidrar till kategoriseringen av människor i distinkta fack utifrån diagnos.

Medikalisering

I materialet framkommer också att beteenden och tillstånd som inte tidigare betraktats som medicinska angelägenheter har inkorporerats i den medicinska diskursen. Centerpartiet anser till exempel ”(...) att fler åtgärder för att låta hälso- och sjukvårdslagen bli styrande i beroendevården behöver vidtas och att tillgången till farmakologisk behandling för personer med missbruksproblematik behöver garanteras i hela landet” (Motion 2022/23:894). Förslaget innebär att substitutionsvård², som i nuläget behöver godkännas av Socialtjänsten, ska inordnas hälso- och sjukvårdslagen istället, för att förenkla och effektivisera farmakologisk behandling för personer med missbruk. Missbruksvården ska enligt Centerpartiet utgå från samma perspektiv som all annan sjukvård, nämligen att både behandla sjukdomen och i största möjliga mån lindra symptomen, varför sjukvården i större utsträckning bör använda sig av läkemedelsbehandling vid missbruk. I samma motion föreslås även att sjukvården istället för polisen ska tilldelas ansvaret för de onyktra personer som omhändertas med stöd av lagen om berusning (Motion 2022/23:894). Båda dessa förslag visar på att missbruk och riskkonsumtion av alkohol förstås som medicinska snarare än sociala problem med konsekvensen att makten att identifiera och hantera problemen förskjuts till sjukvården istället för andra samhällsinstitutioner.

Detsamma gäller utsatthet för sexuellt våld, vilket presenteras som en riskfaktor för att utveckla allvarlig psykisk ohälsa som posttraumatiskt stressyndrom, depression, ångest och ätstörningar (Motion 2022/23:54). Moderaterna fastslår att sexualbrott ger *vårdkrävande* psykiska skador och tillsammans med Vänsterpartiet är de drivande i att utöka specialistvården för sexualbrottsutsatta (Motion 2022/23:54; Motion 2022/23:590; Motion 2022/23:598; Motion 2022/23:1106). Socialdemokraterna lyfter även vikten av att alla kvinnor som drabbas av missfall ska erbjudas stödjande samtal som en del av eftervården (Motion 2022/23:131) och moderaten Ann-Sofie Alm belyser behovet av tydligare riktlinjer för hur samhället ska stödja vuxna som förlorar en närstående i självmord (Motion 2022/23:1102). Det råder alltså en uppfattning om att

²substitutionsvård innebär att patienten behandlas med läkemedel för att fasa ut narkotikabruk, vanligtvis genom att kortverkande opioder som heroin ersätts med mer långverkande som metadon.

svåra eller traumatiska livshändelser bör följas av psykiatrisk vård som en form av förebyggande arbete. Detta utgör, som uppsatstiteln antyder, en slags medikalisering av livets svårigheter: Alltifrån könsdysfori (Motion 2022/23:1141) till förlust av en anhörig inkorporeras i den medicinska sfären och görs till föremål för medicinsk behandling.

Begreppet behandling har i sig vidgats, från att tidigare främst ha syftat på medicinering med läkemedel eller medicinska ingrepp som elchocksterapi och lobotomi, till att idag inkludera exempelvis samtalsstöd via elevhälsan eller primärvården, psykoterapi och fysisk aktivitet på recept. I motionerna används frekvent begrepp som ”stöd”, ”behandling”, ”vård” och ”stöttning” utan närmre specificering av vad som avses. Centerpartiet föreslår exempelvis att föräldrar med neuropsykiatriska diagnoser behöver få ”stöd och behandling” för att klara av föräldraskapet (Motion 2022/23:881), och Vänsterpartiet konstaterar att ”[e]n fungerande stöttning och vård av psykiska besvär kan avsevärt minska lidandet och ibland helt lindra en person från psykisk ohälsa” (2022/23:1299). Likaså reciterar Socialdemokraten Alexandra Völker en rapport från Socialstyrelsen som larmar om ett ökat behov av ”behandling” för barn och unga med depression och ångestsyndrom (Motion 2022/23:1324). I vissa fall specificeras vad för sorts vård och behandling som avses, till exempel förespråkar Vänsterpartiet ökad tillgänglighet på psykologisk behandling och föreslår att Region Skånes modell med remiss till privata mottagningar på regionens bekostnad ska implementeras i hela landet för att möjligheten till psykoterapi inte ska vara en klassfråga (Motion 2022/23:1281).

Ett av de mest förekommande förslagen i anslutning till den utbredda psykiska ohälsan bland barn och unga är likaså att bygga ut elevhälsan med fler skolsköterskor, kuratorer och psykologer; något som Socialdemokraterna, Centerpartiet, Kristdemokraterna och Vänsterpartiet alla är överens om (Motion 2022/23:884; Motion 2022/23:1299; Motion 2022/23:1499; Motion 2022/23:2128). Moderaterna föreslår även att fysioterapeuter bör ha en självklar roll inom elevhälsan eftersom fysisk och psykisk hälsa förstås som sammanhängande och sunda livsstilsval presenteras som en förutsättning för bägge (Motion 2022/23:533). Enligt Centerpartiet bör också studenthälsan ges större resurser för att kunna arbeta förebyggande och stöttande för universitetsstudenter med psykisk ohälsa (2022/23:884). Det är alltså tydligt att olika former av vård är centrala både i förebyggande och behandlande syfte av psykisk ohälsa, och att såväl omfånget för vad som anses utgöra en orsak till behandling som för behandlingens innebörd har utvidgats. Detta visar på att medicinen och dess besläktade discipliner i allt större utsträckning präglar representationen av psykisk ohälsa.

Psykiatrisk expertkunskap

Som en följd av betoningen av medicinsk behandling är vikten av forskning och expertkunskap ett genomgående inslag i motionerna. Moderaten Ann-Sofie Lifvenhage konstaterar att "[m]ed prioritering av forskning kring psykiskt dåligt mående ökar chansen att vi får större träffsäkerhet med effektiv vård för att snabbare komma tillbaka till ett gott mående" (Motion 2022/23:69) och i en annan motion av Moderaterna konstateras att kompetens om hur man förebygger psykisk ohälsa bör präglade skolan, sjukvården och barn- och mödravården (Motion 2022/23:604). På liknande vis skriver Sverigedemokraterna att "[d]en svenska hälso- och sjukvården ska erbjuda de senaste kunskaperna, beprövade och avancerade behandlingsmetoder, den senaste tekniken och väl fungerande läkemedel" och att vetenskapliga evidens utgör grunden för all vård och behandling (Motion 2022/23:1141). Centerpartiets påstående att missbruksvården i högre utsträckning bör präglas av medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet tycks gå i samma hjulspår (Motion 2022/23:894).

Både Vänsterpartiet och Moderaterna argumenterar dessutom för att kunskapsnivån inom den psykiatriska vården måste höjas (Motion 2022/23:94; Motion 2022/23:1281). Enligt Lifvenhage har personal inom psykiatrin ofta bristande kunskap om patienternas sjukdomar och ett utbildnings- och kunskapskrav behövs för att höja kunskapsnivån och i utsträckningen psykiatrins status (Motion 2022/23:94; Motion 2022/23:884; Motion 2022/23:1281). Vänsterpartiet fastslår: "I grunden handlar detta arbete om att likställa den psykiska och den somatiska vården och befästa invånarnas rätt till båda" (Motion 2022/23:1281). I linje med detta problematiserar miljöpartisterna Nicklas Attefjord och Amanda Lind att det finns aktörer som använder ovetenskapliga metoder och påhittade yrkestitlar för att bedriva terapi som saknar förankring i forskning. Det bristfälliga skyddet av yrkestitlarna psykolog och terapeut menar de visar på att "(...) riksdagen värderar patienter med psykisk ohälsa lägre i lagstiftningen och att det inte tas på lika stort allvar som kroppslig ohälsa" (Motion 2022/23:743).

Tilltron till den psykiatriska expertisen lyser även igenom i de förslag som förordar en ökad specialisering, till exempel tillökning av professioner inom elevhälsan (Motion 2022/23:884) och införandet av mottagningar som är specialiserade på sexuellt trauma (Motion 2022/23:54; Motion 2022/23:598). Sverigedemokraterna ställer sig dessutom kritiskt till att SiS³ tar "(...) ett stort ansvar för barn och unga med allvarliga psykosociala och psykiska tillstånd, trots att de egentligen borde ha placerats inom BuP⁴" (Motion 2022/23:923), vilket bygger på antagandet att endast psykiatrin har kompetensen att handskas med människor med psykisk ohälsa. Sammantaget konstrueras alltså

³ statens institutionsstyrelse, bedriver individuellt anpassad tvångsvård och verkställer slutna ungdomsvård

⁴ barn- och ungdomspsykiatrin

psykisk ohälsa som ett problem som ska identifieras, bemötas och behandlas av de yrkesgrupper som har specialistkunskap på området, såsom psykiatriker och psykologer, vilket även det visar på biomedicinens avtryck på förståelsen av psykisk ohälsa.

Förebyggande åtgärder mot riskfaktorer

Pandemin har visat att vi framöver kommer att behöva rikta mycket större uppmärksamhet på människors livsstil och levnadsvanor. Det är därför (...) viktigt att man skyndsamt och på ett effektivt sätt uppmuntrar människor att äta hälsosammare, röra sig mer och minska användning av alkohol, droger och tobak. Folkhälsopolitik syftar till att stödja den enskilde i att göra hälsosamma val, och genom att tidigt upptäcka och personanpassa behandlingsupplägg kan många folkhälsoproblem förebyggas (Motion 2022/23:926).

– Linda Lindberg m.fl. (SD)

Den politiska diskursen om psykisk (o)hälsa präglas i stor utsträckning av ett individuellt fokus på förebyggande åtgärder inriktade på så kallade riskfaktorer. Detta är tydligt i citatet ovan, där folkhälsopolitikens syfte till och med definieras som att stödja den enskilde i att göra hälsosamma val, snarare än att genomdriva politik som förbättrar människors hälsa. I motionerna läggs stor betoning framför allt på vikten av att främja fysisk aktivitet. Samtliga partier förutom Liberalerna och Kristdemokraterna lyfter forskning som visar på att det finns ett starkt samband mellan fysisk aktivitet och psykisk hälsa (Motion 2022/23:533; Motion 2022/23:860; Motion 2022/23:884; Motion 2022/23:1024; Motion 2022/23:1224; Motion 2022/23:1374; Motion 2022/23:2096). Motion och rörelse påstås bland annat minska stress och utmattning och stärka självförtroendet (Motion 2022/23:2095), minska risken för levnadsrelaterade sjukdomar, sömnsvårigheter och depression (Motion 2022/23:901), motverka nedstämdhet (Motion 2022/23:1374), förbättra skolresultat, stresshanteringsförmåga och livsrutiner (Motion 2022/23:856), och bidra med social gemenskap (Motion 2022/23:860).

Särskilt problematisk framställs den bristande fysiska aktiviteten bland barn och unga vara. Miljöpartiet skriver att "[s]tillasittandet hos barn ökar och vi har en tilltagande psykisk ohälsa" (Motion 2022/23:2095)" och Vänsterpartiet att "[d]en psykiska ohälsan liksom andelen överviktiga bland barn och ungdomar har ökat avsevärt de senaste decennierna" (Motion 2022/23:1224). Även moderaten Saila Quicklund proklamerar att fysisk inaktivitet blir vanligare bland unga och att detta riskerar att leda till övervikt, benskörhet och nedstämdhet (Motion 2022/23:533). Kopplingen mellan fysisk inaktivitet, övervikt och psykisk ohälsa görs även av Centerpartiet i följande motion:

Stillasittande generellt ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och depression. Bland ungdomar kan man se att passivt sittande, som till exempel TV-tittande eller gaming, ökar risken för inte bara sjukdomarna ovan, utan bidrar även till sämre kostval och en sämre livskvalitet över lag. Undersökningar visar att en mer fysiskt inaktiv ungdom upplever mer stress i sin vardag. Kombinationen av stillasittande, för lite fysisk aktivitet och sämre matvanor leder till övervikt, fetma och psykisk ohälsa (Motion 2022/23:1657).

– Anders Ådahl (C)

Problemformuleringen implicerar att stillasittandet är det underliggande problemet som i sin tur påverkar andra livsstilsval med negativa effekter på både den fysiska och psykiska hälsan, som exempelvis kosthållning. Som förslag på åtgärder lyfts av Sverigedemokraterna att det införs riktlinjer om daglig fysisk aktivitet i skolan (Motion 2022/23:1024) och att SiS ”arbetar aktivt med att främja barn och ungas välmående genom att implementera regelbunden utevistelse, rörelse och varierad kost” (Motion 2022/23:923), men ansvaret anses också ligga på föräldrarna att ”engagera sig mer i barnens fysiska aktivitetsnivå” (Motion 2022/23:926). Även Centerpartiet menar att det behövs incitament för mer vardagsmotion och bättre kostvanor hos barn och ungdomar och föreslår att ett nationellt program för hälsofrämjande insatser i detta syfte ska initieras (Motion 2022/23:1657). De är också det parti som lägger störst vikt vid relationen mellan rörelse och psykisk hälsa bland äldre och menar att denna grupp behöver stimuleras till att delta i fysiska aktiviteter (Motion 2022/23:856; Motion 2022/23:860). Socialdemokraterna föreslår istället att civilsamhället behöver göra mer för att motverka ensamhet bland äldre eftersom social gemenskap är en viktig skyddsfaktor för psykisk ohälsa (Motion 2022/23:1726). Socialdemokraterna och Vänsterpartiet betonar också att politiken måste arbeta för att tillgängliggöra fritid- och idrottsaktiviteter för alla barn och unga oavsett kön, klass och funktionsvariation (Motion 2022/23:393; Motion 2022/23:1232; Motion 2022/23:1374).

Utöver fysisk aktivitet förespråkar både Sverigedemokraterna och Miljöpartiet att även kultur- och naturaktiviteter ska skrivas ut till människor på recept som behandling för psykisk ohälsa, eftersom forskning visar att detta har goda effekter på människors välmående (Motion 2022/23:980; Motion 2022/23:2095). Socialdemokraterna Anna-Belle Strömberg och Peder Björk lyfter även att det är bra för människors psykiska hälsa att umgås med djur (Motion 2022/23:393). Likväl betraktas hög skolfrånvaro och dåliga skolresultat som en riskfaktor till att utveckla psykisk ohälsa både på kort och lång sikt (Motion 2022/23:388; Motion 2022/23:814; Motion 2022/23:924). Socialdemokraten Ida Karkianen påstår till exempel att ”hemmasittande” leder till social fobi, depression, ensamhet och ekonomisk utsatthet (Motion 2022/23:814). Istället för att

rikta fokus mot eventuella underliggande problem som får elever att inte vilja gå till skolan, formuleras alltså själva ”hemmasittandet” som den riskfaktor som ska angripas.

En annan identifierad riskfaktor, särskilt vad gäller barn och äldres psykiska ohälsa, är ensamhet. Socialdemokraterna och Centerpartiet betonar deltagande i fritidsaktiviteter som en viktig förebyggande åtgärd: Särskilt idrott som ger både fysisk rörelse och ett socialt sammanhang (Motion 2022/23:856; Motion 2022/23:860; Motion 2022/23:1374). Studier har till och med visat att stödsamtal är mer effektivt än läkemedel och att ”(...) deltagande i sociala aktiviteter motverkar depressioner, har en läkande effekt samt innebär att färre insjuknar i depression och bättre psykisk och fysisk hälsa” (Motion 2022/23:1726). Även moderaten Lifvenhage menar att många äldre mår psykiskt dåligt av att ha gått i pension eller förlorat sin partner, och att fysiska och sociala aktiviteter på recept i större utsträckning bör användas som alternativ till psykofarmaka (Motion 2022/23:69). Ett annat element av (avsaknaden av) social gemenskap som nämns av Socialdemokraterna som en orsak till psykisk ohälsa är mobbning både i skolan och på nätet (Motion 2022/23:381) och på arbetsplatsen (Motion 2022/23:57).

Moderaterna, Sverigedemokraterna och Centerpartiet lägger särskild vikt vid kostens effekter på det psykiska välmåendet. Till exempel hänvisas till forskningsstudier som visat på att depression och ångest kan ”(...) lindras genom medelhavskost samt annan mat med mycket fisk, färska grönsaker, örter och rotfrukter” (Motion 2022/23:2145), och att det finns ett samband ”(...) mellan ett högt sockerintag och ökade risker för depressioner och psykiska störningar som bl.a. ångest, panikkänslor, fobier och tvångstankar” (Motion 2022/23:255). Moderaten Sten Bergheden föreslår att äldre ska ges större möjligheter att få goda och näringsrika måltider eftersom detta förebygger både fysisk och psykisk ohälsa (Motion 2022/23:1852). Centerpartiet är även drivande i att hälsosamtal ska erbjudas till alla personer över 70 år för att människor ska ges verktyg, kunskap och stöd i att göra livsstilsförändringar kring kost och motion (Motion 2022/23: 901; Motion 2022/23:1683). Ett annat centerpartistiskt förslag, riktat mot barn och unga, är att införa ”livskunskap” inom ramen för idrott och hälsa för att ge elever verktyg i att hantera motgångar i livet (Motion 2022/23:884). En ytterligare riskfaktor som identifieras av Sverigedemokraterna är nyttjande av sociala medier, vilket forskning har visat korrelerar med psykisk ohälsa (Motion 2022/23:926). Gemensamt för alla dessa riskfaktorer är att de bidrar till konstruktionen av psykisk hälsa som individens ansvar eftersom det förstås som någonting människor själva kan förebygga och motverka genom sina levnadsvanor.

Psykisk ohälsa som orsak till andra sociala problem

Sammanlänkningen mellan psykiatriska diagnoser och andra sociala problem som dåliga skolresultat, kriminalitet och missbruk konstrueras i viss utsträckning psykisk ohälsa som en bakomliggande faktor till annan problematik. Socialdemokraterna fastslår exempelvis att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar utgör en riskfaktor för skolfrånvaro (Motion 2022/23:814). Miljöpartiet föreslår på liknande vis att psykiatrisk utredning och vård av ”barn och unga i riskzon” måste effektiviseras för att snabbare ge dem rätt behandling och på så sätt förebygga att de hamnar snett i livet och skriver: ”Normbrytande beteende hänger ofta samman med odiagnosticerade tillstånd, många gånger med neuropsykiatrisk problematik. Rätt behandlade kan människor få verktyg att själva vända utvecklingen” (Motion 2022/23:2086). I en annan motion av samma parti nämns att mer fokus behöver läggas på det förebyggande arbetet i att exempelvis tidigare identifiera flickor med neuropsykiatriska funktionshinder som ADHD (Motion 2022/23:884). Problemet med barn och unga som ”hamnat snett” konstrueras alltså som en konsekvens av neurobiologiska sjukdomar eller störningar som främst behöver åtgärdas genom att förbättra och effektivisera diagnosticering och behandling. Centerpartiet presenterar även psykiatrisk problematik som en riskfaktor för att utöva dödligt våld mot en partner och skriver att ”[r]iskfaktorerna säger oss att det från samhällets sida både går att se varningssignaler och att vidta proaktiva åtgärder för att förhindra dödligt våld” (Motion 2022/23:883). De menar på att ”snabb och adekvat behandling för psykisk ohälsa och neuropsykiatrisk problematik har (...) stor betydelse för att inte hamna i våldssituationer, kriminalitet eller drogmissbruk” (Motion 2022/23:863). Implicit i dessa och liknande uttalanden är att psykisk ohälsa är en orsak till snarare än ett resultat av andra problem som misslyckad skolgång, våld, kriminalitet och missbruk, och att de andra problemen skulle upphöra om den psykiska ohälsan i större utsträckning förebyggdes och behandlades. Återigen befäster detta en klinisk syn på psykisk ohälsa som någonting som kan hanteras separat från politiska frågor av strukturell karaktär.

6.2 Psykisk (o)hälsa som ett socialt fenomen

Holistisk förståelse av hälsa

Till skillnad från den biomedicinska, reduktionistiska förståelsen av psykisk hälsa som avsaknaden av psykisk sjukdom innebär den sociala, holistiska förståelsen att psykisk hälsa betraktas som en subjektiv, inre upplevelse. Ett sätt att gå ifrån fokus på psykiatriska diagnoser kan därför vara att istället tala om negativa känslor, till exempel nämns oro, nedstämdhet, skam, skuld, självförakt och ensamhetskänslor i samband med psykisk ohälsa (se ex. Motion 2022/23:54; Motion 2022/23:477; Motion 2022/23:814; Motion 2022/23:1565; Motion 2022/23:1618). Användningen av alternativa fraseringar till psykisk ohälsa eller sjukdom såsom ”psykiskt lidande”, ”psykiskt (väl)mående”, ”psykiska besvär” och ”psykiska påfrestningar” (se ex. Motion 2022/23:181; Motion 2022/23:533; Motion 2022/23:923; Motion 2022/23:924) kan också anses visa på en förståelse av psykisk ohälsa som inte nödvändigtvis inbegriper sjukdom. Centerpartisterna Heie och Johansson uttrycker det som att psykisk ohälsa både kan handla om ”negativa hälsoeffekter beroende på neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller psykiatriska diagnoser” och ”utbrändhet, stress och ångest som ger nedsatt psykiskt välbefinnande” (Motion 2022/23:1618). Den reduktionistiska synen på hälsa tycks alltså i viss mån ifrågasättas eller åtminstone komplimenteras av den mer holistiska.

Sociala bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa

I materialet förekommer också ett flertal element som tyder på en mer social förståelse av orsakerna till psykisk ohälsa, enligt vilken psykiska problem inte främst tillskrivs inre, neurobiologiska orsaker utan snarare förstås som resultat av yttre faktorer. Med andra ord förstås psykisk ohälsa som inbäddat i den sociala omgivningen och i utsträckningen i underliggande samhällsstrukturer som påverkar människors förutsättningar. De föreslagna åtgärderna mot psykisk ohälsa är sålunda inte heller avgränsade till vård och omsorg utan inkluderar politiska förändringar på en rad policyområden som rör bland annat utbildning, arbete, familj och kultur. Den sociala förståelsen bygger dessutom på antagandet att staten bär ett ansvar att verka för jämställda livsvillkor och att detta är den mest centrala aspekten av hälsofrämjande arbete för att förbättra och utjämna den psykiska folkhälsan. I linje med detta fastslår Miljöpartiet att ”[m]ycket av den ohälsa vi ser i dag kan förebyggas, mycket beror på hur vi utformar vårt samhälle och folkhälsoperspektivet i insatser på olika nivåer” (Motion 2022/23:2086) och Kristdemokraterna Lili André och Cecilia Engström

menar på att det finns hälsoskillnader som beror på ojämlikheter i livsvillkor och levnadsvanor vilka kan påverkas från det offentliga (Motion 2022/23:1499).

Hälsoojämlikheter baserade på kön

En första kategori av yttre orsaker till psykiskt lidande som framförs i motionerna är faktorer relaterade till arbetslivet. Miljöpartiet och Vänsterpartiet uttrycker båda att fler anställda inom välfärden är centralt för att kunna förbättra arbetsmiljön, höja lönerna och på så sätt stärka både personalens psykiska hälsa och kvaliteten på den vård de levererar (Motion 2022/23:1229; Motion 2022/23:2086). Dessa partier tillsammans med Centerpartiet och Sverigedemokraterna belyser att stressrelaterad psykisk ohälsa har varit den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro sedan 2010 och att det är främst kvinnor i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg som drabbas på grund av den tunga fysiska och psykiska belastningen i dessa yrken (Motion 2022/23:57; Motion 2022/23:905; Motion 2022/23:1151; Motion 2022/23:2086). Socialdemokraterna och Sverigedemokraterna påpekar att arbetarkvinnor har generellt mindre inflytande över sina arbetstider, mer psykiskt påfrestande arbeten, större utsatthet för våld och trakasserier och högre arbetsbelastning, vilket ger upphov till psykiska påfrestringar som stress, ångest och sömnproblem (Motion 2022/23:924; Motion 2022/23:1125; Motion 2022/23:1141; Motion 2022/23:1565). Svårigheten att få psykiska arbetsskador eller –sjukdomar godkända kritiserar likväl av Sverigedemokraterna som menar att detta slår hårt mot just kvinnor i arbetaryrken (Motion 2022/23:1153). Ytterligare en arbetsrelaterad aspekt är otrygga anställningar, något som Vänsterpartiet menar är tydligt kopplat till psykisk ohälsa (Motion 2022/23:611). Sverigedemokraterna anser att staten behöver ta ett betydligt större ansvar i att förbättra arbetsvillkoren inom kontaktyrkena (2022/23:1153).

Det påvisade sambandet mellan arbetsvillkor och psykiskt mående visar med andra ord att partierna erkänner att det råder strukturella ojämlikheter i hälsa utifrån aspekter som kön och klasstillhörighet. Exempelvis uttrycker socialdemokraterna det som att ”Könsskillnaden är relativt stor till nackdel för kvinnor gällande psykisk ohälsa på arbetsmarknaden” (Motion 2022/23:1565). Att en betydande andel kvinnor inom offentlig sektor endast arbetar deltid har i sin tur vidare konsekvenser för dessa kvinnors ekonomiska trygghet och i förlängningen för lönegapet mellan män och kvinnor. Detta lyfts av socialdemokraten Lawen Redar som påpekar att om arbetarkvinnor arbetade på heltid skulle deras genomsnittslön öka med 5500 kronor i månaden (Motion 2022/23:1125).

Patriarkala föreställningar påverkar även den psykiska hälsan genom att kvinnor tolkas till sin nackdel i vården: exempelvis hänvisar Sverigedemokraterna till studier som visar att kvinnor måste

rapportera större smärta och psykiskt lidande än män för att det ska skrivas upp i deras patientjournal och att män får längre sjukskrivningar än kvinnor för liknande åkommor (Motion 2022/23:922). Miljöpartiet och Socialdemokraterna lyfter också att flickor generellt rör mindre på sig och slutar idrotta i tidigare ålder än pojkar, vilket föreslås hänga ihop med den högre psykiska ohälsan hos flickor (Motion 2022/23:393; Motion 2022/23:860; Motion 2022/23:2096). En tänkbar förklaring till flickors lägre fysiska aktivitet som endast är implicit i motionerna, är att idrotter som främst utövas av flickor, som exempelvis ridning, har lägre status och ges mindre statligt stöd än sporter som domineras av pojkar. I övrigt är analysen av *varför* den psykiska ohälsan är mer utbredd bland flickor och unga kvinnor till stor del frånvarande, trots att faktumet uppmärksammas (Motion 2022/23:597; Motion 2022/23:922). En strukturell analys av skälen till kvinnors dåliga mående utöver den stressrelaterade ohälsan lyfts endast av Vänsterpartiet. De är till exempel det enda parti som belyser den könade aspekten av sexuellt och annat våld, åtminstone i anknytning till psykisk ohälsa. Maj Karlsson m.fl. skriver: ”Vi måste också se hur maskulinitetsnormer och maskulinitet, makt och våld hänger ihop och hur de stereotypa könsrollerna påverkar mäns beteenden och syn på framför allt kvinnor och hbtq-personer (...)” (Motion 2022/23:54). I motionen uppmärksammas också att kvinnor utgör en stor majoritet av de som utsätts för prostitution och andra former av sexuellt utnyttjande (Motion 2022/23:54). Detta utvecklas i en annan vänsterpartistisk motion:

Det sexualiserade våldet är fortfarande ett av de största hoten mot kvinnors hälsa och ett hinder för att nå en jämställd värld. Sexualiserat våld är en sammanfattande benämning på olika former av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld på både individ- och strukturnivå som har sitt ursprung i patriarkatet och mäns traditionella dominans och makt över kvinnor (...). Vidare ser vi en fara i att våldsutövare i dagens debatt ofta beskrivs som personer med beroendeproblematik eller psykisk sjukdom eftersom det riskerar att förflytta fokus från det strukturella perspektivet (...) (Motion 2022/23:1217).

– Nooshi Dadgostar m.fl. (V)

Partiet argumenterar alltså för att våld mot kvinnor grundar sig i patriarkala strukturer och bidrar till att maktförhållandet mellan män och kvinnor bibehålls, vilket även har viktiga, negativa effekter för kvinnors hälsa. Samtidigt kritiserar patologiseringen av personer som utövar våld för att förleda fokus från dessa strukturer och istället konstruera våld som enskilda händelser som bör åtgärdas genom behandling av de sjuka individer som utför det. Frånvarande även i Vänsterpartiets resonemang är emellertid en diskussion om hur könsstereotyper och –normer påverkar andra aspekter som går ut över flickor och kvinnors psykiska hälsa, till exempel kan tänkas att könsspecifika förväntningar gällande skolprestationer, relationer och utseende bidrar till ojämlikheten i hälsa mellan män och kvinnor.

En annan aspekt som lyfts som orsak till psykisk ohälsa av Tidöpartierna (SD, KD och M) och Centerpartiet är svåra barndomsförhållanden. Genom hänvisningar till forskning pekar partierna på att omhändertagna barn har högre framtida risk för missbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa (Motion 2022/23:881); att "(...) personer som utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld står för en oproportionerligt stor andel av den psykiska och fysiska ohälsan senare i livet" (Motion 2022/23:883); att barn som utsätts för psykisk misshandel har högre sannolikhet att få sämre skolresultat, psykisk sjukdom och självskadebeteende samt att hamna i kriminalitet och missbruk eller drabbas av fysiska hälsoproblem som hjärt- och kärlsjukdomar (Motion 2022/23:543); att barn som varit föremål för en vårdnadstvist "(...) löper högre risk att utveckla beteende- och skolproblem och psykisk ohälsa både på kort och lång sikt" (Motion 2022/23:881); och att barn som utsätts för negativa upplevelser som psykisk eller fysisk misshandel, försummelse, sexuella övergrepp eller missbruk och psykisk ohälsa i familjen har större risk att drabbas av sämre livsvillkor, sjukdom och för tidig död (Motion 2022/23:864). För att angripa denna problematik framförs politiska förslag om att rättssystemet i större utsträckning ska utgå från barnets bästa snarare än föräldrarnas rätt till umgänge med sitt barn, och att det ska bli brottsligt att utsätta ett barn för vanvård, psykisk misshandel eller försummelse (Motion 2022/23:672; Motion 2022/23:881). Vidare skriver Centerpartiet:

Vi vet att fattigdom, bristande vuxenkontakt, psykisk ohälsa eller annan funktionsnedsättning, traumatiska händelser i sitt eget eller en förälders liv, begränsade livschanser, låg utbildning/bristande skolgång, avsaknad av att känna sig uppskattad och av att vara del av ett sammanhang, alla utgör riskfaktorer för att ett barn ska utsättas för brott (...). Det mest effektiva sättet att förebygga brott mot barn är därför att generellt motverka riskfaktorerna (...) (Motion 2022/23:864).

– Ulrika Liljeberg m.fl. (C)

Till skillnad från det tidigare nämnda individuella perspektivet på riskfaktorer som till exempel innebar att uppmuntra människor till mer fysisk motion och sundare kostval, innebär förebyggande åtgärder i denna kontext åtminstone vissa inslag av politiska beslut på strukturell nivå som verkar för att barn får trygga och kärleksfulla uppväxter: som till exempel att motverka fattigdom. Representationen av otrygga uppväxtförhållanden som en bidragande orsak till psykisk ohälsa visar också på vikten av den sociala miljön och på hur faktorer på strukturell, kollektiv och individuell nivå samverkar.

Hälsoojämlikheter baserade på skolgång

En tredje miljörelaterad orsak är skolan och mer specifikt betygssystemet. I jämförelse med den biomedicinska förståelsen, enligt vilken psykisk ohälsa främst presenteras som en *orsak* till problem i skolan, föreslår Socialdemokraterna att den ökade psykiska ohälsan bland barn och unga i Sverige kan vara en *konsekvens* av de förändringar som gjorts i skolsystemet (Motion 2022/23:2128). Gunilla Svantorp hävdar att flera forskningsstudier har visat starka belägg för att dessa förändringar bidrar till ungas psykiskt dåliga mående i form av stress, sömnsvårigheter och nedstämdhet. Hon skriver rentutav att ”[m]an larmar om att just betyget för underkänt ökar risken för arbetslöshet, ohälsa och till och med för tidig död” (Motion 2022/23:477). I ytterligare en socialdemokratisk motion beskrivs betygssystemet som straffande och som en bidragande orsak till utslagning, stress och psykisk ohälsa i och med att ”(...) enstaka svackor får stor påverkan för elevernas betyg och framtidsutsikter” (Motion 2022/23:2341). Även Centerpartiet menar att den psykiska hälsan inte bara påverkar förutsättningarna att nå goda skolresultat utan att skolgången även påverkar elevernas psykiska mående (Motion 2022/23:884). Bägge partier är dessutom överens om att en fullgod skolgång är en viktig skyddsfaktor mot psykisk ohälsa senare i livet (Motion 2022/23:388) såväl som för utanförskap och brottslighet (Motion 2022/23:884). Utöver förändringar av betygssystemet och den tidigare nämnda åtgärden att stärka tillgången till skolkuratorer och skolpsykologer föreslås även att det behövs fler speciallärare och specialpedagoger för att stödja elever med svårigheter i skolan (Motion 2022/23:814; Motion 2022/23:1299). Förslagen tangerar idén att psykisk ohälsa formas av politiken eftersom de uttrycker att samhällets utformning påverkar individers mående och att politiska beslut som att förändra betygssystemet och förväntningarna på elever kan vara hälsofrämjande. Detta kan ställas i jämförelse med de tidigare nämnda förslagen som pekade ut bland annat hemmasittande, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, dåliga skolresultat och låg fysisk aktivitet som riskfaktorer, vilket i större utsträckning förlägger ansvaret för förändring på individen.

Hälsoojämlikheter baserade på andra former av strukturell diskriminering

Andra dimensioner av strukturell diskriminering i relation till hälsoojämlikheter belyses i varierande grad av partierna. En sådan aspekt är funktionsnedsättning. Vänsterpartiet argumenterar för att personer med funktionsnedsättning har sämre livsvillkor, sämre levnadsvanor och sämre hälsa jämfört med personer utan funktionsnedsättning: De har i högre utsträckning än den övriga befolkningen dålig tandhälsa, värk i kropp, stress, ångslan, oro, ångest, sämre kostvanor och

riskablare alkoholvanor samt rör sig mindre, röker mer och har en betydligt högre risk för suicid (Motion 2022/23:1232). Orsakerna till detta härleds emellertid inte till funktionsnedsättningen som sådan utan till de samhällsstrukturer som formar funktionsnedsattas livsvillkor:

De viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna är kopplade till sysselsättning och ekonomi. Insatser för att minska den ekonomiska utsattheten och främja sysselsättningen kan därför ha betydelse för att minska ojämlikhet i psykisk hälsa (Motion 2022/23:1232).

– Maj Karlsson m.fl. (V)

Med andra ord antas den höga graden av psykisk ohälsa bland funktionsnedsatta bero främst på att denna grupp i högre utsträckning är arbetslösa och/eller har lägre inkomst än den övriga befolkningen. Samma analys kan därmed appliceras även på andra ekonomiskt utsatta grupper i samhället. Vänsterpartiet och Miljöpartiet påtalar till exempel att skillnader i hur pass delaktiga barn och unga är i idrotts- och fritidsaktiviteter till stor del styrs av familjens ekonomi och sociala bakgrund (Motion 2022/23:1224; Motion 2022/23:1232; Motion 2022/23:2095). Även våld, sexuella övergrepp, missbruk, överskuldssättning, hemlöshet och kriminalitet förstås hänga samman med ekonomi, arbetslöshet och psykisk ohälsa (Motion 2022/23:54; Motion 2022/23:921; Motion 2022/23:1007; Motion 2022/23:1215; Motion 2022/23:1299).

En aspekt som nästan helt utelämnas i denna diskussion är emellertid diskrimineringen av utrikes födda på arbetsmarknaden som både bottenar i och reproducerar rasistiska strukturer. De enda partier som nämner psykisk ohälsa bland migranter är Vänsterpartiet och Miljöpartiet, och i dessa fall ligger fokus på det psykiska lidande som långa handläggningstider för uppehållstillstånd ger upphov till snarare än de hinder för integration som föreligger även för första- och till och med andragenerationens invandrare (Motion 2022/23:181). Miljöpartiet skriver att handläggningstiderna behöver kortas ned och att permanenta uppehållstillstånd bör återinföras eftersom utdragna processer och tillfälliga uppehållstillstånd gör det svårare att komma in i samhället och leder till psykiskt lidande: ”Ovisshet om framtiden och hur länge man kommer att få stanna, oro över familjemedlemmar och en försämrad psykisk hälsa gör det svårt för många nyanlända med tillfälliga uppehållstillstånd att fokusera på etablering och försörjning” (Motion 2022/23:181). På liknande vis belyser Vänsterpartiet att Sveriges förändrade migrationspolitik både skapar psykisk ohälsa bland de drabbade och bidrar till kriminalitet: ”När vi ser att ensamkommande far illa, att det psykiska lidandet växer, med en kraftig överrepresentation av självmord inom gruppen som följd, att de utnyttjas i brottslighet och är en del av ett växande skuggsamhälle så måste vi agera. Det är politiska beslut som skapat problemen och politiska beslut som kan åtgärda dem” (Motion 2022/23:1230). Trots att flera partier gör en koppling mellan

sysselsättning/ekonomi och psykisk hälsa, och arbetslösheten är cirka fyra gånger högre bland utrikes födda (SCB 2022), förekommer ingen analys av hur utrikes födda diskrimineras på arbetsmarknaden eller i andra aspekter av livet på sätt som påverkar det psykiska måendet. Den enda koppling som görs mellan psykisk ohälsa och rasism är Miljöpartiets framställan av samer. De skriver att samer utsatts för diskriminering, hatbrott och övergrepp både historiskt och i dag, och menar att den utbredda psykiska ohälsan och den höga förekomsten av självmord bland samer bland annat kan härledas till de försvagade förutsättningarna för rennäringen. Som åtgärder föreslås därför att ge samebyarna större inflytande över hur naturresurserna och dess intäkter nyttjas (Motion 2022/23:2098). Detta visar på en utpräglat strukturell syn på psykisk ohälsa.

En annan hälsoojämlikhet som är föga närvarande är den utspridda psykiska ohälsan bland HBTQ-personer och specifikt transpersoner. Endast två partier nämner detta samband. Liberalerna lyfter att många transpersoner mår psykiskt dåligt och att suicidtankar är vanliga bland denna grupp eftersom ”de lider svårt av att inte erkännas på det sätt som de själva uppfattar sig” (Motion 2022/23:731). Detta uttalande påvisar en holistisk syn på psykisk hälsa som en subjektiv, inre upplevelse. Det illustrerar också att det psykiska måendet inte endast styrs av inre faktorer, utan att det är invävt i den sociala miljön både i snäv och vid bemärkelse. Liberalerna föreslår i samband med denna framställan att transpersoner ska ges möjlighet att ändra sitt juridiska kön (Motion 2022/23:731). Även Vänsterpartiet belyser att transpersoners tillgång till utbildning, bostad, hälsa och sysselsättning försämrades under pandemin, och att detta tillsammans med marginalisering av könsbekräftande vård, ökad isolering och övergrepp har gett upphov till psykisk ohälsa (Motion 2022/23:53). Bägge partier signalerar alltså att HBTQ-personers hälsa är ytterligare ett exempel på strukturella skillnader i psykisk hälsa och att detta kan motarbetas genom politiska beslut.

Sammanfattningsvis förekommer kritik av hur underliggande samhällsstrukturer ger upphov till ojämlika livsvillkor och därmed ojämlika förutsättningar för psykisk hälsa. Särskilt tydligt utmålas kvinnor, och då speciellt kvinnor i kontaktyrken, som en drabbad grupp i detta avseende. I mindre utsträckning uppmärksammas strukturella ojämlikheter baserade på etnicitet, funktion, sexuell orientering och könsidentitet. Särskilt Vänsterpartiet belyser att relationen mellan strukturell diskriminering och psykisk ohälsa präglas av materiella faktorer som ekonomisk otrygghet.

Medikaliseringskritik

Trots att riksdagspartiernas representation av psykisk (o)hälsa i stor utsträckning vilar på och reproducerar en biomedicinsk förståelse av fenomenet förekommer också problematisering av medikalisering, särskilt när det gäller bruket av psykofarmaka:

Den ökade användningen av antidepressiva måste ses över för att komma till bukt med roten av problemet (Motion 2022/23:922).

– Linda Lindberg m.fl. (SD)

Tyvärr ser vi i alltför många fall att psykofarmaka blir den enda lösningen på problemet och att patienten skickas hem med en påse piller (Motion 2022/23:69).

– Ann-Sofie Lifvenhage (M)

Förskrivningen av psykofarmaka, i synnerhet ångestdämpande och antidepressiva medel, till barn och unga har ökat markant i Sverige. Detta är särskilt bekymrande eftersom forskningen på området är så pass tvetydig angående effekten och de långvariga konsekvenserna av minderårigas bruk (Motion 2022/23:1229).

– Karin Rågsjö m.fl. (V)

Denna kritik förekommer alltså bland partier på både den politiska vänster- och högerkanten. Även moderaten Ann-Sofie Alm belyser faran i att skriva ut läkemedel och ändra doseringsmängden till patienter som är deprimerade och potentiellt suicidala, och föreslår att detta bör göras mer restriktivt och att anhöriga bör underrättas vid medicinering även om patienten är i myndig ålder (Motion 2022/23:1102). Problematiken med psykofarmaka tycks alltså dels ligga i dess fysiska och psykiska effekter, dels i risken att man använder medicinering som ett substitut för andra, mer djupgående lösningar. Den första typen av kritik behöver inte nödvändigtvis vara inkongruent med den biomedicinska modellen, eftersom den bland annat ifrågasätter den vetenskapliga grunden till antidepressiv medicin avseende hur pass effektivt den lindrar psykiska problem och vilka långsiktiga effekter den har framför allt på barn och ungdomar (2022/23:1229). Den andra typen av kritik är mer tydligt kopplad till den sociala synen på hälsa i och med att den förespråkar icke-medicinska åtgärder som angriper de underliggande faktorerna och inte bara behandlar symptomen.

Vänsterpartiet ger också uttryck för medikaliseringsskritik, då de beskriver användningen av läkemedel som en del av den övergripande medikaliseringen av samhället genom vilken allt fler aspekter av livet kommit att betraktas som sjukliga och därmed gjorts till föremål för medicinsk behandling. De skriver: ”(...) [D]et tycks skett en förskjutning mot ett ökat ’sjukdomsförklarande’. Det vill säga en märkbar tendens att medikalisera normala reaktioner, vilket bidragit till en ökad vårdkonsumtion” (Motion 2022/23:1229). På detta sätt relateras den ökade medicineringen till en

ökad diagnosticering, en ökad vårdkonsumtion och en ökad tendens att över huvud taget betrakta tillstånd och beteenden som sjukliga. Samma analys görs även av kristdemokraterna André och Engström som menar att all form av dåligt mående inte behöver vara föremål för sjukvårdens insatser, utan att vi måste skilja mellan negativa känslor som är sjukliga och de som bara är en del av livet. Detta budskap kan sammanfattas i följande påstående: ”Det finns en risk i att medikalisera allt som tillhör livets svårigheter” (Motion 2022/23:1499). Dessa motioner visar på att det, trots den biomedicinska modellens fortsatta dominans, finns utrymme för ifrågasättande.

6.3 Slutdiskussion om representationen av psykisk (o)hälsa

Sammanfattningsvis visar motionerna varken på en ensidigt biomedicinsk eller ensidigt social förståelse av psykisk (o)hälsa, utan element av båda förekommer. Den reduktionistiska förståelsen av psykisk ohälsa framstår emellertid som dominerande i och med att psykiatriska diagnoser och medicinering innehar en central roll, med konsekvensen att psykisk sjukdom konstrueras som någonting individer ”har” och som kan botas genom rätt behandling. Vidare präglas den politiska diskursen om psykisk (o)hälsa i stor utsträckning av ett individuellt fokus på förebyggande åtgärder inriktade på så kallade riskfaktorer, vilket även det är symtomatiskt för den biomedicinska modellen. Analysen visar även på att en rad beteenden och företeelser som tidigare inte betraktats som medicinska angelägenheter representeras som riskfaktorer för psykisk ohälsa och görs därmed till föremål för förebyggande åtgärder. Bland dessa kan nämnas missbruk, stillasittande, osunda kostval och svåra livshändelser som sexuella övergrepp. Psykisk ohälsa konstrueras i sin tur som en riskfaktor till andra sociala problem som misslyckad skolgång, drogmissbruk och kriminalitet, med implikationen att det är den psykiska ohälsan som ska angripas snarare än ytterligare underliggande orsaker. Sammantaget finns med andra ord många tendenser som konstruerar psykisk ohälsa som ett individuellt och biomedicinskt problem som bör förebyggas genom påverkan av individers levnadsväl och behandlas genom medicinering och andra former av vård.

Psykisk ohälsa representeras emellertid också som inbäddat i den sociala omgivningen och format av djupare samhällsstrukturer, åtminstone av Vänsterpartiet, Socialdemokraterna och Sverigedemokraterna. Implikationen av detta strukturella perspektiv är att åtgärder mot psykisk ohälsa inkluderar politiska beslut på ett stort antal områden som verkar för jämställda livsvillkor, bland annat genom att förändra arbetsvillkoren för personal i offentlig sektor, betygssystemet, otrygga barndomsförhållanden, migrationspolitiken och förutsättningarna för människor med funktionsnedsättning. Gemensamt för många av de kollektiva riskfaktorer som identifieras av dessa

partier är att de påverkar möjligheten till sysselsättning och därmed till ekonomisk trygghet. Denna analys är främst framträdande i motioner av Vänsterpartiet men förekommer också i förslag från Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Sverigedemokraterna. De underliggande strukturer som ger upphov till de ojämlika förutsättningarna för psykisk hälsa diskuteras emellertid endast av Vänsterpartiet, och även i detta fall är det bara patriarkala strukturer som uppmärksammas. Miljöpartiets analys av hur rasistiska strukturer formar den psykiska hälsan når tyvärr inte heller längre än till samerna, vilket osynliggör de svårigheter som migranter upplever gällande exempelvis anställning, boende och främlingsfientlighet (Walther et al. 2021). Det förekommer alltså ifrågasättande av den dominerande biomedicinska modellen framför allt från de rödgröna partierna tillsammans med Sverigedemokraterna, men den strukturella analysen är fortfarande bristande i ett antal hänseenden.

Som anfördes i metodkapitlet utgör de rödgröna partierna tillsammans med Centerpartiet en övervägande del av materialet (sammanlagt 41 motioner jämfört med Tidöpartierna 27). Av dessa partier står Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet i varierande utsträckning för en socialistisk ideologi (Jolly et al. kommande publikation). Då socialismen präglas av en ambition att utjämna olikheter i samhället genom en aktiv, ingripande statsmakt (Larsson 2006, ss. 84–92), är en rimlig hypotes att materialet borde återspegla denna sociala, strukturella och kollektivistiska syn vad gäller psykisk (o)hälsa. Det är därför intressant att representationen trots det präglas till stor del av den biomedicinska modellen, vilket är i linje med idén om nyliberalismen som den dominerande governmentaliteten (Henderson 2015, ss. 327–330; Teghtsoonian 2009).

7 Representationens effekter på ojämlikheter i psykisk hälsa

Genom att bygga vidare på den föregående analysen diskuteras i detta kapitel de potentiella effekterna av representationen av psykisk (o)hälsa som i huvudsak präglad av det biomedicinska synsättet.

7.1 Stigmatisering

Stigmatisering är tätt förknippat med den diskursiva konstruktionen av grupper eftersom det innebär att en viss grupp utpekas som avvikande och tillskrivs fixerade, negativa egenskaper (Folkhälsomyndigheten 3). I detta avsnitt redogörs för hur representationen av psykisk ohälsa i politiken formar ojämlikheter genom stigmatiseringens skuldbeläggande, exkluderande och passiviserande effekter.

Skuldbeläggande

Härledningen av orsak till psykisk ohälsa till faktorer som är inom eller utom individens kontroll påverkar avsevärt i vilken utsträckning människor som upplever psykisk ohälsa utsätts för skuldbeläggande. Skuldbeläggande kan både ha negativ inverkan på människors självbild och påverka hur omgivningen betraktar och agerar gentemot dem med psykisk ohälsa (Kvaale et al. 2013, s. 783; Obonsawin et al. 2013; Zhang & Wen 2021). Konstruktionen av psykisk ohälsa som ett neurobiologiskt fenomen kan anses skapa förståelse av fenomenet som någonting utanför individens kontroll, vilket på så sätt kan motverka skuldbeläggande och främja förstående attityder och hjälpsamt beteenden (Horwitz 2002, s. 6; Kvaale et al. 2013, s. 783; Svensson 1993, s. 39). Å andra sidan riskerar representationen av psykisk ohälsa som sjukliga tillstånd som kan (och bör) förebyggas genom sunda livsstilsval och i värsta fall åtgärdas genom rätt behandling, utmåla människor som upplever psykiskt lidande som misslyckade. Ansvaret läggs på individen att undvika psykisk ohälsa genom att föra en av samhället accepterad livsstil vad gäller motion, kost,

droganvändning och social aktivitet, och att om psykisk ohälsa uppstår ”bota” denna genom exempelvis medicinering och terapi. Implikationen är således att den som blir och förblir ”sjuk” inte har försökt tillräckligt (Beck-Gernsheim 2012, s. 14). Fokus ligger med andra ord till stor del på individens viljeförmåga att styra sitt beteende (Donahue & McGuire 1995, s. 49), vilket således bör öka tendensen av skuldbeläggande.

Social exkludering

Social exkludering innefattar förutom fattigdom och arbetslöshet också bristfällig tillgång till tjänster och avsaknad av social gemenskap (Gordon et al. 2020). Den diagnostiska modellen bidrar till kategoriseringen av människor med psykisk ohälsa som en egen grupp distinkt från de psykiskt ”friska”, kännetecknad av vissa bestämda, gemensamma egenskaper (Coverdale et al. 2001; Kent et al. 2022; Thachuk 2011). I motionerna förekommer till exempel en sammankoppling mellan psykisk ohälsa, misslyckad skolgång, ekonomisk utsatthet, missbruk, kriminalitet och i viss mån våldsamhet (se ex. Motion 2022/23:863), vilket målar upp människor med psykisk ohälsa som en grupp präglad av en uppsjö sociala problem. Denna framställan går också till viss del i linje med tidigare forskning som visat att psykisk ohälsa förknippas med våldsamhet, kriminalitet och oförutsägbarhet (Coverdale et al. 2001; Thachuk 2011). Den negativa stereotypiseringen stigmatiserar psykisk ohälsa genom att bidra till gränsdragningen mellan ”normala” och ”avvikande”, ”friska” och ”sjuka” och ”bra” och ”dåligt”. Forskning har visat att stigmatisering av psykisk ohälsa leder till sämre förutsättningar i arbetslivet, med konsekvenser för bland annat ekonomi, boende och socialt liv (Folkhälsomyndigheten 3; Kvaale et al. 2013, ss. 782–783; Thachuk 2011, ss. 141–142) – med andra ord social exkludering. I växelverkan med andra strukturella ojämlikheter utifrån exempelvis kön, klass, etnicitet, härkomst och funktion riskerar därmed social exkludering utifrån psykisk ohälsa att reproducera klyftor i samhället generellt. Det kan alltså uppstå en ond spiral där psykisk ohälsa, arbetslöshet/dåliga arbetsvillkor, ekonomisk utsatthet och social isolering förstärker varandra.

Passivisering

Passivisering syftar på att individers eller grupper agens, det vill säga förmåga att agera, begränsas. I förhållande till psykisk ohälsa handlar detta framför allt om människors möjlighet att förbättra sitt psykiska mående, vilket styrs både av strukturella förutsättningar och sociala föreställningar.

Passivisering på grund av strukturella förutsättningar hänger samman med de socialt exkluderande effekter som diskuterats i det tidigare avsnittet, det vill säga att grupper som utesluts från arbetsmarknaden, är fattiga och har ett bristfälligt socialt nätverk kan uppleva stora svårigheter i att ta sig ur sin situation.

I det andra avseendet riskerar den biomedicinska modellen att bidra till en slags determinism enligt vilken psykiska problem framstår som varaktiga och centrala för de drabbade personernas identitet. Detta kan sålunda skapa pessimism och hopplöshet, med konsekvensen att människor med psykisk ohälsa upplever sig vara fast i sin situation utan möjlighet till förändring (Kvaale et al. 2013, s. 783; Pilgrim & Dowrick 2006, s. 9). Sjukdomsförklarande, genom diagnosticering eller andra diskursiva praktiker som bidrar till kategoriseringen av en grupp människor som psykiskt sjuka, är intimt förknippat med identitetsskapande eftersom omvärldens kliniska blick talar om för individen hur den förstås av andra, hur den ska förstå sig själv och hur den förväntas agera (Johannisson 2006, s. 31; Hallerstedt 2006, s. 21). En stigmatiserande konstruktion av psykisk ohälsa kan därmed ha negativ påverkan på hur människor tänker och känner inför sig själva, med försvagad tilltro till sin egen förmåga som följd (Folkhälsomyndigheten 3; Kvaale et al. 2013, ss. 782–783; Thachuk 2011, ss. 141–142). Patologiseringen av denna grupp legitimerar också att de görs till föremål för andras kontroll, eftersom de betraktas som oförmögna att ta hand om sig själva (Coverdale et al. 2001, s. 699). Detta bidrar dessutom till de medicinska disciplinernas fortsatta dominans. Vidare kan representationen av psykisk ohälsa enligt den biomedicinska, diagnostiska modellen leda till att personer får missriktad hjälp eftersom det snäva fokuset på diagnos inte tar hänsyn till personens komplexa situation (Thachuk 2011, ss. 141–142), vilket ytterligare underminerar människors möjlighet att förbättra sitt mående.

7.2 Medikalisering

Med medikalisering innebär som tidigare förklarats utökningen av det medicinska systemets kapacitet att upptäcka och behandla sjukdom och den påföljande ökningen av antalet beteenden, tillstånd och människor som betraktas som sjukliga eller som (bärare av) riskfaktorer för sjukdom (Michailakis & Schirmer, s. 937). Medikaliseringens närvaro i motionerna var tydlig i (1) den kliniska förståelsen av psykisk ohälsa utifrån psykiatriska diagnoser; (2) den utvidgade definitionen av både riskfaktorer och behandling; och (3) den starka tilltron till medicinsk kunskap. I detta avsnitt om diskursens effekter beträffande medikaliseringen av psykisk ohälsa diskuteras den inbyggda

individualiserande och avpolitiserande tendensen i den biomedicinska modellen.

Responsibilisering och avpolitisering

Responsibilisering innebär att göra individer ansvariga för sociala risker som sjukdom, arbetslöshet och fattigdom (Teghtsoonian 2009, s. 29). Dominansen av det biomedicinska och individualistiska perspektivet medför att psykisk ohälsa avpolitiseras och individualiseras genom att ansvaret för problemet förläggs hos individen själv. Representationen av orsaker och åtgärder som av främst medicinsk karaktär förskjuter ansvaret från politiska institutioner till medicinska med effekten att de medicinska disciplinerna tilldelas större makt att identifiera, benämna och behandla psykiskt lidande (Horwitz 2002, s. 8; Johannison 2006, s. 40; Lupton 1997, s. 95; Mills 2015, s. 216; Svensson 1993, s. 33; Villhelmsson et al. 2011, s. 213). En övervägande del av de politiska förslagen för att motverka psykisk ohälsa är inriktade på individuella riskfaktorer som fysisk inaktivitet, dålig kost, hög skolfrånvaro, dåliga skolresultat, droganvändning och ensamhet. Politiken verkar på så sätt i hög grad förebyggande genom att exempelvis stärka elevhälsan på svenska skolor, utöka de obligatoriska inslagen av fysisk rörelse i undervisningen, erbjuda hälsosamtal till äldre och tilldela större resurser till kultur- och idrottssektorn. Sådana preventiva strategier innebär i linje med Castels argument en betydligt mer expansiv och diskret form av folkreglering, eftersom de fångar in ett mycket större antal människor och ”styr människor till att styra sig själva” istället för mer ingripande åtgärder som tvångsvård (Peterson 1997, s. 193).

Representationen av psykisk (o)hälsa är emellertid inte ensidigt medicinsk, utan inkluderar också förslag som belyser strukturella orsaker till psykisk ohälsa. Särskilt från Sverigedemokraterna och de rödgröna partierna Vänsterpartiet, Socialdemokraterna och Miljöpartiet beskrivs psykisk hälsa som invävt i strukturella förhållanden som exempelvis rör arbetsmarknadens uppbyggnad, ojämlikhet mellan könen och socioekonomiska klyftor. Trots att den strukturella analysen är bristande i ett flertal avseenden, som exempelvis gällande hur patriarkala och framför allt rasistiska strukturer bidrar till hälsoojämlikheter, visar närvaron av detta perspektiv att den biomedicinska modellen inte står oemotsagd och att det finns utrymme för alternativa synsätt.

7.3 Slutdiskussion om representationens effekter på ojämlikheter i psykisk hälsa

I detta kapitel har ett antal potentiella effekter av representationen av psykisk (o)hälsa på ojämlikheter i psykisk hälsa föreslagits. För det första finns en tendens av skuldbeläggande inbyggd i konstruktionen av psykisk (o)hälsa som en individuell angelägenhet och som någonting som kan förebyggas och behandlas. För det andra bidrar utmålningen av psykiskt sjuka människor som en distinkt grupp med fixerade, negativa egenskaper till social exkludering, vilket i sin tur verkar ömsesidigt förstärkande med andra strukturella ojämlikheter. För det tredje riskerar föreställningen om psykiska problem som beständiga och identitetsskapande att ge upphov till pessimism som passiviserar människors handlingsförmåga. Slutligen innebär det biomedicinska perspektivets dominans att psykisk ohälsa avpolitiserats och individualiseras genom att ansvaret för problemet förläggs hos individen själv, med konsekvensen att politikens roll osynliggörs. I den tidigare forskningen råder delade meningar om i vilken utsträckning det sociala paradigmet har tagit över efter det biomedicinska. Baserat på riksdagsmotionerna från hösten 2022 tycks det i den svenska politiska diskursen finnas ett utrymme för ifrågasättande, som illustreras av de rödgröna partierna tillsammans med Sverigedemokraternas problematisering av medikaliseringen och rollen av strukturella ojämlikheter. Den biomedicinska modellen är emellertid fortsatt dominerande, vilket är tydligt särskilt i de preventiva strategierna fokuserade på riskfaktorer.

Att psykisk ohälsa samvarierar med andra former av utsatthet som kön, klass, etnicitet och funktionshinder innebär att klyftan mellan psykiskt sjuka och den övriga befolkningen spär på andra samhällsklyftor (Topor et al. 2019, s. 13; Nygård 2020, s. 108). Den diagnostiska modellen befäster och förstärker på så sätt rådande maktförhållanden: ”Vi-gruppen” är den del av befolkningen som har styrka, intelligens och impuls kontroll att anpassa sig efter de nyliberala idealen, samtidigt som den andra gruppen – den som konstrueras som maktlös och hjälpbehövande – växer lavinartat (Coverdale et al. 2001, s. 699; Kärffe 2006, s. 68; Mills 2015, s. 218).

8 Slutsatser

I denna uppsats har representationen av psykisk (o)hälsa i den politiska diskursen och dess potentiella effekter på ojämlikheter i hälsa analyserats. Syftet är att bidra till förståelsen av hur diskursen om psykisk (o)hälsa möjliggör vissa policys och omöjliggör andra, och hur detta påverkar fördelningen av psykisk hälsa i samhället. Frågeställningen besvarades genom WPR-inspirerad diskursanalys av riksdagsmotioner från hösten 2022 och tillämpning av teorier om det biomedicinska respektive sociala paradigmet, stigmatisering och medikalisering.

Analysen visar att den biomedicinska, reduktionistiska och individualistiska uppfattningen om psykisk ohälsa är dominerande, vilket innebär att psykisk ohälsa till stor del konstrueras på ett kliniskt, diagnostiskt sätt enligt vilket psykisk ohälsa uppfattas som en neurobiologisk sjukdom som ska behandlas. Det finns emellertid också tendenser till en social, holistisk och strukturell förståelse av psykisk ohälsa, särskilt bland de rödgröna partierna och Sverigedemokraterna. Den sociala förståelsen belyser sambandet mellan socioekonomiska faktorer och psykisk hälsa och hävdar att ojämlikheter i psykiskt välbefinnande inte kan utjämnas utan att bemöta andra strukturella ojämlikheter. Effekterna av de övervägande biomedicinska delarna av den politiska diskursen är att psykisk ohälsa och dess ojämlika fördelning i samhället medikaliseras, individualiseras och avpolitiserats, vilket innebär att ansvaret förläggs från den politiska till den medicinska sfären och i huvudsak till individer. Vidare bidrar den biomedicinska modellen till stigmatisering av psykisk ohälsa i och med att den bygger på kategorisering av människor, och förstärker därigenom strukturella ojämlikheter genom processer av skuldbeläggande, social exkludering och passivisering.

Avslutningsvis bör framför allt två begränsningar med uppsatsen nämnas. För det första utgör den endast ett nedslag i en snävt avgränsad tid och plats, vilket innebär att slutsatserna inte är generaliserbara till andra länder eller till Sverige för femtio, tio eller kanske ens fem år sedan. För det andra har bredd i viss mån prioriterats över djup för att ge en översikt av hur psykisk (o)hälsa konstrueras i riksdagspolitiken idag. Detta val baseras på att forskning om politiska diskurser om psykisk hälsa är knapphändig, särskilt i en svensk, samtida kontext. Vidare forskning kan med fördel djupdyka i avgränsade aspekter som hur psykisk ohälsa konstrueras i ett valt policyområde (som arbets- eller skolpolitik), bland en viss grupp (som barn och unga, äldre eller flickor/kvinnor), med

fokus på en viss strukturell ojämlikhet (som kön) eller med fokus på ett visst psykiskt hälsoproblem (som stress eller depression).

Trots dessa begränsningar erbjuder uppsatsen viktiga insikter i hur medikaliseringen fortgår och utmanas och vilka konsekvenser detta har för reproduceringen av sociala maktförhållanden i Sverige just nu. Analysen utgör därmed ett aktuellt bidrag till en pågående debatt i tvärvetenskapliga discipliner som folkhälsovetenskap och bekräftar den samhällskritik som fortsätter växa: att det finns en risk i att medikalisera allt som tillhör livets svårigheter.

Referensförteckning

Material

- Motion 2022/23:53. Hbtqi-frågor i världen. Lotta Johnsson Fornarve m.fl. (V).
- Motion 2022/23:54. Stöd till personer som utsatts för sexuellt våld och exploatering. Maj Karlsson m.fl. (V).
- Motion 2022/23:57. Arbetsmiljö och arbetstid. Ciczie Weidby m.fl. (V).
- Motion 2022/23:69. Fysisk och social aktivitet för att minska psykofarmaka inom psykiatri. Ann-Sofie Lifvenhage (M).
- Motion 2022/23:94. Utbildningskrav för personal inom psykiatri. Ann-Sofie Lifvenhage (M).
- Motion 2022/23:131. Stöd vid missfall. Anna Wallentheim (S).
- Motion 2022/23:181. Stärk demokratin och de mänskliga rättigheterna. Märta Stenevi m.fl. (MP)
- Motion 2022/23:255. Ohälsosamma livsmedels påverkan på folkhälsan. Angelica Lundberg (SD).
- Motion 2022/23:381. Nollvision mot mobbning. Anna Wallentheim (S).
- Motion 2022/23:388. Jämlik svensk skola. Jessica Rodén (S).
- Motion 2022/23:393. Stötta idrottsrörelsen. Anna-Belle Strömberg och Peder Björk (båda S).
- Motion 2022/23:477. Förutsättningarna för att minska utslagningen från skolan. Gunilla Svantorp (S).
- Motion 2022/23:533. Förstärkt elevhälsa. Saila Quicklund (M).
- Motion 2022/23:543. Nationell handlingsplan rörande våld mot barn. Markus Wiechel och Alexandra Christiansson (båda SD).
- Motion 2022/23:590. Nationellt centrum för sexualbrottsutsatta. Marlène Lund Kopparklint (M).
- Motion 2022/23:597. Orsakerna till psykisk ohälsa hos barn. Marlène Lund Kopparklint (M).
- Motion 2022/23:598. Stärkt kunskapsbaserad vård för sexualbrottsutsatta människor. Marlène Lund Kopparklint (M).
- Motion 2022/23:604. Förebyggande åtgärder gällande psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga. Marlène Lund Kopparklint (M)
- Motion 2022/23:611. En arbetsrätt för starka och trygga löntagare. Nooshi Dadostar m.fl. (V).
- Motion 2022/23:672. Umgängesrätt rörande brottsutsatta. Caroline Högström (M).
- Motion 2022/23:731. Frihet för hbtqi-personer. Anna Starbrink (L).

Motion 2022/23:743. Reglering och skydd av yrkestitlarna terapeut och psykolog. Nicklas Attefjord och Amanda Lind (båda MP).

Motion 2022/23:814. Åtgärder för att minimera risken för hemmasittande och motverka elevers psykiska ohälsa. Ida Karkiainen m.fl. (S).

Motion 2022/23:856. En starkt folkhälsa från barndom till ålderdom. Anders W Jonsson m.fl. (C).

Motion 2022/23:860. Ett idrottsliv, friluftsliv och civilsamhälle tillgängligt för alla. Anne-Li Sjölund m.fl. (C).

Motion 2022/23:863. Rättspolitik. Ulrika Liljeberg m.fl. (C).

Motion 2022/23:864. När barn blir brottsoffer. Ulrika Liljeberg m.fl. (C).

Motion 2022/23:881. En rättssäker familjepolitik i tiden. Martina Johansson m.fl. (C).

Motion 2022/23:883. Våld i nära relation – ett samhällsproblem. Ulrika Liljeberg m.fl. (C).

Motion 2022/23:884. Utbildning för livslångt lärande. Muharrem Demirok m.fl. (C).

Motion 2022/23:894. En jämlik och kunskapsbaserad socialtjänst i hela landet. Christofer Bergenblock m.fl. (C).

Motion 2022/23:901. En äldreomsorg med trygghet och valfrihet i hela landet. Christofer Bergenblock m.fl. (C).

Motion 2022/23:905. En utvecklad sjukvård i hela landet. Anders W. Jonsson m.fl. (C).

Motion 2022/23:921. ANDTS och missbruks- och beroendevård. Linda Lindberg m.fl. (SD)

Motion 2022/23:922. En prioriterad kvinnohälsa. Linda Lindberg m.fl. (SD).

Motion 2022/23:923. En stark och kvalitativ Sis-vård i hela landet. Linda Lindberg m.fl. (SD).

Motion 2022/23:924. En trygg och rättssäker socialtjänst. Linda Lindberg m.fl. (SD).

Motion 2022/23:926. Folkhälsan i fokus. Linda Lindberg m.fl. (SD).

Motion 2022/23:980. Kultur och natur på recept. Angelika Bengtsson m.fl. (SD).

Motion 2022/23:1007. Krafttag mot överskuldsetting. Mikael Eskilandersson m.fl. (SD).

Motion 2022/23:1024. En grundskola i världsklass. Patrick Reslow m.fl. (SD).

Motion 2022/23:1102. Lex Rebecka. Ann-Sofie Alm (M).

Motion 2022/23:1106. Skärpt sexualbrottslag. Ann-Sofie Alm (M).

Motion 2022/23:1125. Politik för Sveriges arbetarkvinnor. Lawen Redar (S).

Motion 2022/23:1141. En tillgänglig sjukvård i världsklass. Linda Lindberg m.fl. (SD).

Motion 2022/23:1151. En trygg och human sjukförsäkring med individen i centrum. Clara Aranda m.fl. (SD).

Motion 2022/23:1153. En arbetsskadeförsäkring i behov av förändring. Julia Kronlid m.fl. (SD).

Motion 2022/23:1215. Bostadspolitik, planering och byggande. Nooshi Dadgostar m.fl. (V).

Motion 2022/23:1217. Åtgärder med syfte att stoppa våldskulturen. Nooshi Dadgostar m.fl. (V).

Motion 2022/23:1224. Idrottspolitiska frågor. Vasiliki Tsouplaki m.fl. (V).

Motion 2022/23:1229. En förbättrad och jämlik barnhälsa. Karin Rågsjö m.fl. (V).

Motion 2022/23:1230. Svensk flyktingpolitik. Tony Haddou m.fl. (V).

Motion 2022/23:1232. En funktionsrättspolitik för trygghet och delaktighet. Maj Karlsson m.fl. (V).

Motion 2022/23:1281. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Nooshi Dadgostar m.fl. (V).

Motion 2022/23:1299. En rättvis väg genom krisen – Vänsterpartiets budgetmotion för 2023. Nooshi Dadgostar m.fl. (V).

Motion 2022/23:1324. Nationella riktlinjer för vård och behandling av barn och unga vid psykisk ohälsa. Alexandra Völker (S).

Motion 2022/23:1374. Färdtjänst till och från idrottsträning. Anna Wallentheim (S).

Motion 2022/23:1499. Barn och ungas psykiska hälsa. Lili André och Cecilia Engström (båda KD).

Motion 2022/23:1565. Mer jämställd arbetsmiljö. Zara Leghissa m.fl. (S).

Motion 2022/23:1618. Psykisk ohälsa kan leda till diskriminering. Ulrika Heie och Martina Johansson (båda C).

Motion 2022/23:1657. Nationellt program för förbättrad hälsa hos unga. Anders Ådahl (C).

Motion 2022/23:1683. Tydligt uppdrag för primärvården att förebygga ohälsa. Ulrika Heie (C).

Motion 2022/23:1726. Civilsamhällets roll för äldres hälsa. Eva Lindh m.fl. (S).

Motion 2022/23:1852. Äldres rätt att få välja sin mat. Sten Bergheden (M).

Motion 2022/23:2086. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Ulrika Westerlund m.fl. (MP).

Motion 2022/23:2095. Friluftspolitisk motion. Amanda Lind m.fl. (MP).

Motion 2022/23:2096. Åtgärder för att främja barn och ungas rörelse. Amanda Lind m.fl. (MP).

Motion 2022/23:2098. Politik för det samiska folket. Amanda Lind m.fl. (MP).

Motion 2022/23:2128. En jämlik kunskapsskola utan vinstjakt. Åsa Westlund m.fl. (S).

Motion 2022/23:2145. Cancerpreventiv kost och en hälsosam och individanpassad mat inom vården. Markus Wiechel m.fl. (SD).

Motion 2022/23:2341. Med anledning av skr. 2022/23:60 Riksrevisionens rapport om statens insatser för likvärdig betygssättning – skillnaden mellan betyg och resultat på nationella prov. Åsa Westlund m.fl. (S).

Litteratur

- Angermeyer, M.C, Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). "Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades". *The British Journal of Psychiatry*, 203: 146–151.
- Arribas-Ayllon, M. & Walkerdine, V. (2011). "Foucauldian Discourse Analysis", *SAGE Research Methods: SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*, Willig, C. London: SAGE Publications Ltd.
- Armstrong, D (1997). "Foucault and the sociology of health and illness: a prismatic reading", i *Foucault: Health and Medicine*, Peterson, A. & Bunton, R. (red.), New York: Routledge: 15–30.
- Bacchi, C. (2000). "Policy as Discourse: What does it mean? Where does it get us?", *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 21(1): 45–57.
- Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson, Australia.
- Beck-Gernsheim, E. (2012). "Health and Responsibility: From Social Change to Technological Change and Vice Versa" i *The Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory*. London: SAGE Publications Ltd [e-bok].
- Beckman, V. (1984). *Sinnessjukehuset: Bilder ur psykiatrins historia*, Stockholm.
- Belle, D. (1990). "Poverty and Women's Mental Health", *American Psychologist*, 45:3: 385–389.
- Bergström, G. & Boréus, K. (2012). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Björkman, J. (2001). *Vård för sambällets bästa: Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970*. Diss. Uppsala: Uppsala Universitet, Historiska institutionen.
- Borinstein, A.B. (1992). "Public Attitudes Toward Persons With Mental Illness", *Health Affairs*, 11(3): 186–196.
- Butterworth, P., Rodgers, B. & Windsor, T.D (2009). "Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey". *Social Science and Medicine*, 69: 229–237.
- Compton, M.T. & Shim, R. (2014). "The Social Determinants of Mental Health", *Psychiatric Annals*, 44(1): 17–20.
- Cook, J.A., & Wright, E.R. (1995). "Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness: Reflections on Past Accomplishments and Directions for Future Research", *Journal of Health and Social Behavior*, extra issue: 95–114.
- Coverdale, J., Nairn, R. & Claasen, D. (2001). "Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 697–700.

- Donahue, M.J. & McGuire, B.M. (1995) The political economy of responsibility in health and illness, *Social Science and Medicine*, 40(1): 47–53.
- Fjellfeldt, M. (2021). ”Developing mental health policy in Sweden: a policy analysis exploring how a complex social challenge was consigned to individual citizens to solve”. *Nordic Social Work Research*: 1–17.
- Folkhälsomyndigheten 1. ”Statistik om psykisk hälsa i Sverige”. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/> [senast uppdaterad 2022–11–16].
- Folkhälsomyndigheten 2. ”Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete?”. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/> [senast uppdaterad 2022–10–28].
- Folkhälsomyndigheten 3. ”Stigmatisering vid psykisk ohälsa”. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/> [senast uppdaterad 2023–05–05].
- Foucault, M. (1991) ”Governmentality” i Burchell, G. et al. (red.), *The Foucault Effect*, London: Harvester Wheatsheaf: 87–104.
- Fullagar, S., & Gattuso, S. (2002). ”Rethinking gender, risk and depression in Australian mental health policy”. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 1(3).
- Graham, H. (2004). ”Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings”, *The Milbank Quarterly*, 82(1): 101–124.
- Gordon, D., Adelman, L., Ashworth, K., Bradshaw, J., Levitas, R., Middleton, S., Patsios, D., Payne, S., Townsend, P. & Williams, J. (2000). *Poverty and social exclusion in Britain*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Hall, S. (1992). ”The Question of Cultural Identity”, i Hall, S., Held, H. & McGrew, T. (red.) *Modernity and its Futures*. Cambridge: Open University Press.
- Hallerstedt, G. (2006). ”Introduktion. Lidandets uttryck och namn”, i *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande*, red. Hallerstedt, G., Bokförlaget Daidalos: 11–28.
- Halperin, S. & Heath, O. (2020). *Political Research: Methods and practical skills*. Glasgow: Oxford University Press.
- Henderson, J. (2015). ”Michel Foucault: Governmentality, Health Policy and the Governance of Childhood Obesity”, i *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, Collyer, F. (red.), Palgrave Macmillan.
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Johannisson, K. (2006). ”Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv” i *Diagnosens makt: Om*

- kunskap, pengar och lidande*, red. Hallerstedt, G., Bokförlaget Daidalos: 29–41.
- Johnstone, L. & Boyle, M. (2018). "The Power Threat Meaning Framework: An Alternative Nondiagnostic Conceptual System", *Journal of Humanistic Psychology*: 1–18.
- Jolly, S., Bakker, R., Hooghe, L., Marks, G., Polk, J., Rovny, J., Steenbergen, M., Vachudova, A.M. (kommande publikation). "Chapel Hill Expert Survey Trend File, 1999–2019", *Electoral Studies*.
- Jørgensen, M. & Phillips, L. (2002). *Discourse analysis as theory and method* [e-book]. London: Sage Publications.
- Kent, T., Cooke, A. & Marsh, I. (2022). "The expert and the patient: a discourse analysis of the house of common's debates regarding the 2007 Mental Health Act", *Journal of Mental Health*, 31 (2): 152–257.
- Kvaale, E.P, Haslam, N. & Gottdiener, W.H. (2013). "The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma". *Clinical Psychology Review*, 33: 782–794.
- Kärfve, E. (2006). "Den mänskliga mångfalden – diagnosen som urvalsinstrument" i *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande*, red. Hallerstedt, G., Bokförlaget Daidalos: 59–71.
- Larsson, R. (2006). *Politiska ideologier i vår tid*. 7:e uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lupton, D. (1997). "Foucault and the medicalisation critique" i *Foucault: Health and Medicine*, Peterson, A. & Bunton, R. (red.), New York: Routledge: 94–110.
- Marsch, D., Ercan, S.A. & Furlong, P. (2018). "A Skin Not a Sweater: Ontology and Epistemology in Political Science" i *Theory and methods in political science*, Lowndes, Vivien, David Marsch & Gerry Stoker (red.). London: Palgrave.
- Marston, G. & McDonald, C. (2006). "Introduction: reframing social policy analysis" i *Analysing Social Policy: A Governmental Approach*, Marston, G. & McDonald, C. (red.).
- McKinlay, J.B. (2019 [1975]). "A Case For Refocusing Upstream: Economy Of Illness", IAPHS Occasional Classics, 1: 1–10.
- Michailakis, D. & Schirmer, W. (2010). "Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility". *Sociology of Health & Illness*, 32(6): 930–947.
- Muntaner, C. & Geiger-Brown, J. (2005). "Mental Health" i *Social Injustice and Public Health*, Levy, B.S & Sidel, V.W: 277–293.
- Murali, V. & Oyebofe, F. (2004). "Poverty, social inequality and mental health", *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 216–224.
- Nye, R. A. (2003). "The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century", *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39(2): 115–129.

- Nygård, M. (2020). *Välfärdsstat i förändring: socialpolitiska reformer i Europa på 2000-talet*. Lund: Studentlitteratur.
- Obonsawin, M.C., Lindsay, A. & Hunter, S.C. (2013). "Beliefs and emotions have different roles in generating attitudes toward providing personal help and state-sponsored help for people with a mental illness", *Comprehensive Psychiatry*, 54: 581–588.
- Osborne, T. (1997). "Of health and statecraft" i *Foucault: Health and Medicine*, Peterson, A. & Bunton, R. (red.), New York: Routledge: 173–188.
- Patterson, A., Boady, N.Y., Clark, M., Janes, C., Monteiro, N., Roberts, J.H., Shiffman, Jeremy, Thomas, D. & Wipfli, H. (2020). "Investigating Global Mental Health: Contributions from Political Science", *Global Public Health*, 15(6): 805–817.
- Peterson, A. (1997). "Risk, governance and the new public health" i *Foucault: Health and Medicine*, Peterson, A. & Bunton, R. (red.), New York: Routledge: 189–2006.
- Piuva, Katarina (2005). *Normalitetens gränser: En studie om 1900-talets mentalhygieniska diskurser*. Diss. Stockholms Universitet: Samhällsvetenskapliga fakulteten, Institutionen för socialt arbete.
- Priebe, Stefan (2015). "The political mission of psychiatry", *World Psychiatry*, 14(1): 1–2.
- Qvarsell, R. (1993). *Utan vett och vilja: Om synen på brottslighet och sinnessjukdom*. Stockholm.
- Riksdagen. "Allmänna motionstiden". Tillgänglig på: <https://www.riksdagen.se/sv/sa-funkar-riksdagen/riksdagens-uppgifter/beslut-ar-om-lagar/allmanna-motionstiden/> [senast granskad: 2022-11-23].
- Robertson, A. (2018). "Narrativanalys" i Bergström, Göran & Boréus, Kristina (red.), *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Rose, N. (2009). *Powers of Freedom: Rethinking Political Thought*. Cambridge University Press.
- Rose, N. & Miller, P. (1992). "Political Power beyond the State: Problematics of Government", *The British Journal of Sociology*, 43(2): 173–205.
- Shim, R. & Compton, M. (2018). "Addressing the Social Determinants of Mental Health: If Not Now, When? If Not Us, Who?", *Psychiatric Services*, 69(8): 844–846.
- Svensson, R. (1993). *Sambälle medicin vård: En introduktion till medicinsk sociologi*, Lund: Studentlitteratur.
- Teghtsoonian, K. (2009). "Depression and mental health in neoliberal times: A critical discourse". *Social Science & Medicine*, 69: 28–35.
- Topor, A., Denhov, A. & Bülow, P. (2019). "Socialt arbete och människor med psykiska problem – en introduktion", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2019(1): 5–18.
- Thachuk, A.K. (2011). "Stigma and the politics of biomedical models of mental illness", *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1): 140–163.
- Turner, B.S. (1997). "From governmentality to risk: Some reflections on Foucault's contribution to

medical sociology” i *Foucault: Health and Medicine*, Peterson, A. & Bunton, R. (red.), New York: Routledge: i–xxi.

Zhang, N. & Wen, T.J. (2021). ”Exploring the Public Perception of Depression: Interplay between Cause and Narrative Persuasion”, *Health Communication*, 36(8): 992–1000.

Vilhelmsson, A., Svensson, T. & Meeuwisse, A. (2011). ”Mental Ill Health, Public Health and Medicalization”, *Public Health Ethics*, 4(3): 207–217.

Walther, L., Rayes, D., Amann, J., Flick, U. Thi, T.A., Hahn, E. & Bajbouj, M. (2021). ”Mental Health and Integration: A Qualitative Study on the Struggles of Recently Arrived Refugees in Germany”, *Frontiers in Public Health*, 9: 1–17.