

Socialmedicinsk teori

Bidrag från den kritiska psykologin

Finn Diderichsen

Urban Janlert

Arbetet med att bygga upp en teori tillhör ett av socialmedicinens försummade områden. Bristen på teori försvårar såväl forskningen inom området som möjligheterna att tillämpa de kunskaper som finns.

En intressant teoriutveckling har under senare år tagit form under namnet "kritisk psykologi". För att visa på denna teoris möjligheter tar författarna högt blodtryck som exempel och jämför stressteorins förklaringsmodell med den kritiska psykologins. I kontrast till stressmodellen lägger den kritiska psykologin tyngdpunkter på handlings- och kontrollbetingelserna i miljön. Författarnas slutsats är att den kritiska psykologin borde vara en viktig inspirationskälla då det gäller att utveckla en socialmedicinsk teori.

Finn Diderichsen och Urban Janlert arbetar båda som distriktsläkare i socialmedicin vid Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå.

Föredrag hållet vid Svensk Socialmedicinsk Förenings vårmöte i Örebro, mars 1982.

Ett stort hinder då det gäller att utveckla den socialmedicinska forskningen är de brister som finns i den socialmedicinska teoribildningen. I motsats till de mer biologiskt orienterade delarna av medicinen har företrädarna för socialmedicin inte ägnat något större intresse att utveckla ett teoretiskt fundament för den socialmedicinska vetenskapen. Merparten av den socialmedicinska forskningen ägnas åt att samla in, analysera och rapportera data utan att ägna de teoretiska frågeställningarna något utrymme (1). Bland beteendevetare har detta ibland ansetts som skäl för deras ointresse i socialmedicinen (2,3).

Men om socialmedicinen skall leva upp till sin

pretention att vara en vetenskap så krävs det att man förmår utveckla en teori om vilka *mekanismer* som ligger bakom de ytligt observerade sambanden mellan olika sociala förhållanden och människornas hälsotillstånd (4). Utan teori blir kunskapsbyggandet svårt. Så länge ett teoretiskt fundament saknas har vi små möjligheter att systematiskt tillgodogöra oss den kunskap som forskningen på olika områden skulle kunna tillföra ämnet. Den kunskap man har blir också svår både att tolka och använda utan en teoretisk referensram. Både för att kunna använda det enskilda kliniska fallet i kunskapsproduktionen liksom för att ge epidemiologernas statistiska korrelationer ett meningsfullt innehåll krävs en socialmedicinsk teori. För dagen borde detta arbete tillhöra de viktigare inom socialmedicinens fält.

Helt utan teoriansatser är dock inte socialmedicinen (5). Bland de teorier som är aktuella kan nämnas systemteori (6), stressteori (7), psykodynamisk teori (8) och något som skulle kunna kallas strukturell teori (9).

Vi vill i det här sammanhanget fästa uppmärksamhet på den teoriutveckling som under de senaste tio åren pågått inom ramen för den s k kritiska psykologin (10). Vi tror att arbetet inom denna skola skulle kunna tillföra det socialmedicinska teoribygget väsentliga byggstenar.

.....
Om socialmedicinen vill vara en vetenskap måste den utveckla en teori om vilka mekanismer som ligger bakom de ytligt observerade sambanden mellan sociala förhållanden och människors hälsa.
.....

Att mer i detalj här gå in och redogöra för den kritiska psykologins kunskapsområde skulle dock föra alltför långt. Den som närmare vill orientera sig i den kritiska psykologin hänvisas till utförligare litteratur (10). Vad vi här skall försöka göra är att genom ett exempel illustrera bristerna i en aktuell socialmedicinsk teoriansats och peka på vilka bidrag som den kritiska psykologin kan lämna inom området.

Vi har valt att ta det medicinska fenomenet "hypertoni" (högt blodtryck) som vårt åskådningsexempel. Enligt modern forskning är hypertoni kopplat till en rad olika sociala fenomen som t.ex socialklass (11), migration (12), ekonomiska förhållanden (13), arbetsmiljöförhållanden (14) och arbetslöshet (15). Traditionellt brukar man betrakta hypertoni som "essentiell" dvs utan närmare känd orsak. Samvariationen mellan en rad olika sociala förhållanden och hypertoni har dock medfört en rad hypoteser om hypertoniens genes (16). Även från traditionellt medicinskt håll har man efterlyst nya förklaringsmodeller för hjärt-kärlsjukdomarna (17).

Av de försök till teoribildning som hittills tilldragit sig den största uppmärksamheten torde den sk stressteorin vara den mest utvecklade (18). En omfattande forskningsverksamhet bedrivs också inom de teoretiska ramar som ges av denna teori. Vi har därför valt att närmare skärskåda stress-teorin och dess uppfattning av orsaker till högt blodtryck.

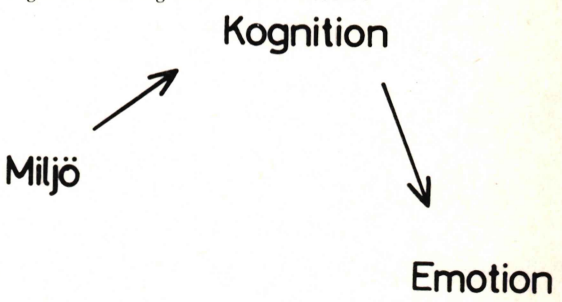
Inom stress-teorin betraktar man hypertoni som ett resultat av en i dagens samhälle icke ändamålsenlig stressreaktion (19). Stressreaktionen utlöser en övergående blodtrycksstegring. Hos vissa människor blir dock dessa reaktioner utdragna och leder så småningom till en bestående hypertoni. Man anser att den sk essentiella hypertoni uppstår genom en fylogenetiskt gammal, men hos den civiliserade människan inte längre meningsfull reaktion i kärlsystemet på stressframkallande förhållanden i omgivningen, de sk stressorerna.

Även från traditionellt medicinarhåll har man efterlyst nya förklaringsmodeller för hjärt-kärlsjukdom.

.....
Då det gäller hypertoni har man funnit att individens kontrollmöjligheter i arbetssituationen har betydelse för blodtrycksutvecklingen.

Man kan säga att detta är en litet förenklad förklaringsmodell av hypertoniens genes i en traditionell stress-modell. En mer detaljerad modell inom ramen för detta stress-begrepp är den kognitiva emotionsteori som bl.a Lazarus och medarbetare har utvecklat (20). Kortfattat kan man beskriva Lazarus teori på följande sätt (se figur 1).

Figur 1: Den kognitiva emotionsteorin



Den omgivning i vilken individen befinner sig stimulerar individen till vissa kognitioner, som i sin tur ger upphov till vissa emotioner. Emotionerna är komplexa reaktionssyndrom och vi tänker oss här att en komponent kan vara en stegring av blodtrycket. Den emotionella reaktionen kan emellertid modereras genom olika s.k. "coping"-beteenden (21). "Coping"-beteende syftar på olika kognitiva processer som värderar och tolkar omgivningens stimuli och som därigenom påverkar de emotioner som uppstår. Förklaringen till att inte alla som t.ex. utsätts för en viss miljöpåverkan får högt blodtryck kan alltså vara att olika människor har olika "coping"-beteende. "Coping"-beteendet har diskuterats av flera författare just då det gäller förekomst av hypertoni inom olika sociala skikt (22).

Den här modellen kan dock inte förklara de fynd som man gjort vid vissa undersökningar där man introducerat kontrollperspektivet i en stressmodell

(23). Då det gäller hypertoni har man också funnit att individens kontrollmöjligheter i en arbetssituation har betydelse för frekvensen hypertonifall (24). Stressteorin har emellertid svårigheter att infoga dessa undersökningsresultat i sin modell.

Detta hänger samman med att kontroll- och handlingsbegreppen är mycket perifera i Lazarus modell. Emotionernas handlingsanvisande funktion diskuteras inte. De beskrivs bara – mer eller mindre utförligt, ofta bara i form av en fysiologisk aktivering och de betraktas som ett föremål för omedelbar påverkan och terapeutisk behandling (25). Coping-beteendet går ut på att förändra kognitionen av tidigare stressorer så att de inte längre verkar stressutlösande. Förklaringsmodellen påminner här i vissa stycken om den psykodynamiska teorin, där för individen klargjorda orsaksmekanismer antas upphöra verka kausalt (26).

Den kritiska psykologin

”Kritisk psykologi” är beteckningen på en skola inom den psykologiska forskningen som vuxit fram de senaste tio åren framför allt vid psykologiska institutionen vid Freie Universität i Berlin under ledning av professor Klaus Holzkamp (27).

Den kritiska psykologin bygger i första hand på den sk kulturhistoriska skolan, där framför allt Leontjev och Vygotskijs arbeten spelat en stor roll, men man har även tagit intryck av den franske vetenskapsteoretikern och psykologen Lucien Séve. En väsentlig uppgift för skolan är att försöka formulera en sammanhängande teoribildning inom psykologin. Som det nu är finns det ett antal empiriska forskningsresultat som alla förklaras inom olika teoriansatser. Psykologin består med andra ord av ett antal separata teorifragment, som inte kan bindas samman inom någon övergripande förklaringsram.

Den kritiska psykologin använder sig av en historiskt funktionell metod. Man studerar psykiet i dess

~~~~~  
*Som det nu är finns det ett antal empiriska forskningsresultat som alla förklaras inom olika teoriansatser.*  
~~~~~

~~~~~  
*Inom den kritiska psykologin behandlas stress som sunda moment som det gäller att kanalisera i adekvat handling.*  
~~~~~

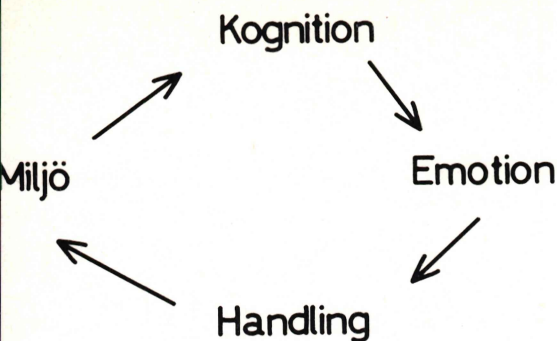
historiska utveckling och fäster sig framför allt vid vilken funktion det haft i olika perioder. Det har hittills resulterat i att man lagt mycket stor vikt vid den fylogenetiska aspekten (dvs släktets utveckling) medan ontogenesen (individens utveckling) ägnats mindre utrymme. Centrala begrepp är verksamhet, medvetande och personlighet. Med *verksamhet* betecknar man den aktivitet som förbinder människan med hennes omvärld. *Medvetandet* växer fram ur denna verksamhet och är den psykologiska representationen av omvärlden. Här återfinner vi basala psykiska mekanismer som kognition, emotion, motivation etc. *Personligheten* slutligen, är det som karakteriserar en viss specifik individ i de tidigare nämnda avseendena.

Man kan här peka på vissa likheter mellan å ena sidan stressmodellen och å andra sidan kritiska psykologin. Båda betraktar människan utifrån ett historiskt utvecklingsperspektiv, där även stressteorin lägger stor vikt vid den fylogenetiska utvecklingen. Båda understryker också den funktionella komponenten, där stressteorin ser stressreaktionen som en ursprungligen funktionell reaktion, som emellertid – på grund av evolutionen – i vissa avseenden idag inte längre är ändamålsenlig i dagens samhälle. Stressteorin betonar framför allt stressreaktionen som en negativ, icke-adaptiv reaktion – stress blir ofta liktydigt med negativa störningar. I motsats till detta blir dessa ”störningar” i den kritiska psykologin åter sunda moment, som det gäller att inte dämpa utan att kanalisera i en adekvat handling, dvs att rikta mot omvärlden i syfte att förändra denna.

Den kritiska psykologins modell

Utgår vi utifrån den kritiska psykologin för att göra en förklaringsmodell för samma skeende som vi ovan lät stressmodellen förklara, nämligen hypertoni, får vi följande (se figur 2).

Figur 2: Den kritiska psykologins modell



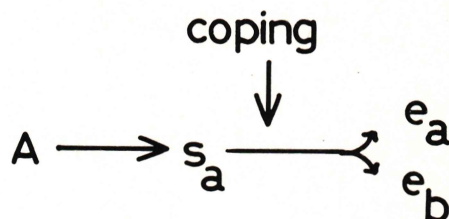
På samma sätt som hos stress-teorin föreställer man sig att miljön ger upphov till vissa kognitioner som i sin tur ger upphov till vissa emotioner. Emotionerna är dock inte slutpunkten. Emotionerna är en relation mellan individens uppfattning av sina väsentliga livsvillkor och hennes handlingsmöjligheter. Emotionerna blir därigenom vägledande för människans handlingar. Handlingarna kan i sin tur påverka individens omgivning. Emotionerna måste hela tiden tolkas i ljuset av denna återkoppling mellan handling, miljö och kognition.

Ser vi på exemplet hypertoni kan vi tänka oss att vissa miljöförhållanden via kognitiva och emotiva processer bl a leder till en hypertoni reaktion. Beroende på handlingsmöjligheterna så medför denna situation olika resultat. För den som inte förmår ändra situationen kvarstår den hypertoni framkallande situationen och en manifest hypertoni har möjlighet att utvecklas. För den som däremot själv kan kontrollera sina omgivningsbetingelser får den kognitivt-emotiva processen en helt annan utveckling eftersom miljösituationen här ändrats. Genom mina handlingar kan jag förändra min situation så att risken för hypertoniutveckling minskas. Medan Lazarus kognitiva emotionsteori här poängterar de kognitiva processerna då det gäller att tolka och ge innebörd åt miljöns stimuli (coping) så betonar den kritiska teorin möjligheterna till konkret handling och påverkan på miljön, så att stimulusituationen förändras. För att klargöra den kritiska skillnaden på denna punkt kan vi se på *figur 3*.

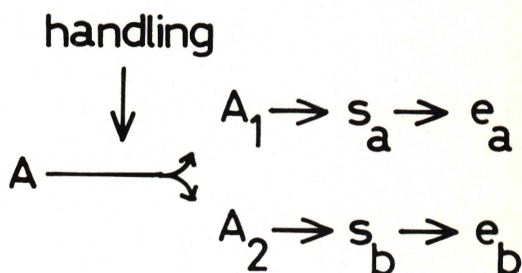
Situationen A ger inom stressmodellen upphov till stimulus a (s_a) som i sin tur – genom olika coping-beteende – kan leda antingen till emotionen a eller

Figur 3: Jämförelse mellan den kognitiva emotions-teorins och den kritiska psykologins modell.

Stressmodell



Kritisk psykologi-modell



b (e_a eller e_b) där e_a tex kan antas innebära en blodtrycksreaktion.

Att kontrollmöjligheterna i arbetet påverkar blodtrycket får alltså sin förklaring på denna nivå – alla har samma miljö (A) som ger upphov till samma stimuli (s_a) men tolkningen av stimuli blir olika beroende på kontrollsituationen och leder därför till olika emotioner (e_a om kontrollmöjligheterna är små, e_b om de är stora).

Den kritiska psykologin ser emellertid de två miljösituationerna som olika. Beroende på mina handlingsmöjligheter uppstår faktiskt två skilda miljöer (A_1 respektive A_2). Om jag får bestämma hur fort monteringsbandet skall gå så innebär detta en annorlunda miljö (A_2) som genererar annorlunda stimuli (s_b) och i sin tur ger upphov till andra emotioner (e_b) än om situationen är opåverkbar av vad jag gör. Kontrollen av bandhastigheten är någonting

faktiskt, materiellt, och inte bara något som existerar i min hjärna.

Teorins praktik

En normativ teori skall försöka bringa inbördes reda mellan olika observerade fenomen, men även vara vägledande då det gäller val av forskningsområde. Den kritiska psykologins teori poängterar *handlingsaspekten*: Det är viktigt att studera vilka hinder som föreligger för att människor skall kunna förändra ogynnsamma livsbetingelser. Här kontrasterar den mot flertalet mer biologiskt orienterade teorier som koncentrerar sig på tekniska frågeställningar och som därigenom indirekt gör området till en fråga enbart för specialisten.

En viktig uppgift för den socialmedicinska teorin är dessutom att anvisa en preventiv strategi för de sjukdomar som den studerar. Olika teorier leder emellertid till olika preventiva strategier. Den *traditionella medicinska modellen* som betraktar hypertenin som essentiell förespråkar ingrepp på den kemiskt-fysiologiska nivån, där man försöker bryta en patologisk reaktion eller dämpa effekterna av denna tex med hjälp av farmaka.

Stressteorin ser visserligen hypertoniens genes i människans miljö, men de preventiva åtgärder som där kan bli aktuella ligger utanför de medicinska institutionerna och det är därför svårt i praktiken att göra något. Den *kognitiva emotionsteorin* – Lazarus vidareutveckling av stressmodellen – anvisar dock en mer näraliggande möjlighet genom att påverka det sk coping-beteendet. Man försöker förändra kognitionsprocessen på ett sådant sätt att omgivningssstimuli inte längre blir patogena. En tänkbar lösning i vårt exempel skulle vara att man försöker lära dem som saknar kontroll över arbetet att se på arbetet på ett annat sätt, tex med hjälp av någon form av beteendemodifikation. Därigenom skulle hypertoniutvecklingen kunna förhindras.

För den *kritiska psykologin* innebär förebyggande arbete i första hand att man försöker eliminera det som hindrar människorna från att kontrollera sina livsvillkor. Medan stress-modellen i bästa fall skulle kunna ikläda sig expertrollen att ändra människors ogynnsamma arbetsmiljö, ser den kritiska psykologin det som viktigt att människorna själva ändrar sin

miljö. I det här fallet innebär det aktioner riktade mot det förhållandet att vissa människor har mycket liten kontroll och inflytande över sin arbetssituation. Den preventiva strategin skulle alltså kunna innebära förändrad arbetsorganisation och förändrad arbetsprocess.

Dessa tre teorier leder således till påtagligt olika förebyggande och terapeutiska åtgärder. Utifrån den traditionella, medicinska uppfattningen forskriver vi beta-blockerare, utifrån den kognitiva emotionsteorin ger vi psykoterapi eller arbetar med inlärningspsykologiska metoder och utifrån den kritiska psykologins teorier inriktas åtgärderna mot att försöka förändra förhållandena i den faktiska arbetssituationen. Givetvis innebär detta också att de olika teorierna får olika politiska konsekvenser och ter sig mer eller mindre lämpliga utifrån olika intressperspektiv.

Avslutning

Arbetet med att utveckla en socialmedicinsk teori kommer att bli svårt och tidskrävande. Vi vill med denna artikel ingalunda påstå att vi påbörjat något teori bygge. Men vi vill med detta exempel hämtat från den kritiska psykologin stimulera till ett intensivare och bredare arbete på området.

Att hitta ett lämpligt åskådningsexempel – med krav på empiriska data som kan illustrera teorierna – är i det här fallet ingalunda utan komplikationer. Vi vill här bara peka på en: Valet av hypertoni som en mekanism inom den emotionella reaktionen. Både inom stress-teorin och inom den kritiska psykologin kan vi tänka oss att det finns vissa invändningar mot detta. Stress-teoretiker brukar beskriva emotioner som komplexa reaktionssyndrom som består av en fysiologisk retning, individens värdering av anpassningsmöjligheterna och ett manifest beteende (tex motorisk oro eller ansiktsrodnad). Även inom den kritiska psykologin förutsätts någon form av medveten upplevelse av emotionen. Hypertenin beskrivs dock oftast som utan upplevelsekorrelat. Vi menar dock att denna invändning inte är av någon större betydelse i detta sammanhang, eftersom man lika gärna kan ersätta hypertoni med någon psykosomatisk sjukdom.

REFERENSER

1. *Acheson RM*: Health economics and social medicine: Some impressions of an epidemiologist. *Epidemiology and Community Health*, 1979, 33, 8–18.

2. *Marinker M*: The relationship between doctor and patient. I *Acheson & Aird* (eds): *Seminars in community medicine*. Vol I: *Sociology*. Oxford University Press. London, 1976.

3. *Martin FM*: Social medicine and its contribution to social policy. *The Lancet*, 1977, II, (1336–1338).

4. *Söderfeldt B*: What kind of theories are needed in medicine? Paper to European Symposium on Research on Health Research, Espoo, Finland, 1979. Stencil.

5. *Schaefer H, von Heinemann H*: Modelle sozialer Einwirkungen auf den Menschen (Sozialphysiologie) I *M Blohmke, C v Ferber, KP Kisker, H Schaefer* (Hrsg.): *Handbuch der Sozialmedizin*. Band I. ss 92–131. Ferdinand Enke: Stuttgart, 1975.

Delius L: Modelle sozialer Einwirkungen auf den Menschen. Psychosomatische Konzepte. I *Blohmke et al.* a.a. 131–176.

6. *Ferber C v*: Medizin und Sozialstruktur. I *Blohmke et al.* a.a. 261–300.

7. *Se t ex Levi L, (ed)*: *Society, Stress and Disease*, Vol I–IV. Oxford University Press, London 1971–1981.

8. *Se t ex Mitscherlich A*: *Krankheit als Konflikt*. Studien zur psychosomatischen Medizin I. Suhrkamp: Frankfurt am Main, 1966.

Schneider M: Samhället som sjukdom. Rabén & Sjögren i Stockholm, 1975.

9. *Totman R*: Sociala orsaker till sjukdom. Norstedt, Stockholm 1980.

10. *Dreier O (red)*: Den kritiske psykologi. Rhodos, København, 1979.

Holz kamp-Osterkamp U: Motivationsforschung 2. Campus: Frankfurt, New York, 1978.

Hydén LC (red): Psykologi och marxism, Norstedts, Stockholm 1978.

Hydén LC: Psykologi och materialism. Prisma, Stockholm 1981.

Hydén LC (red): Sovjetisk utvecklingspsykologi. Natur och Kultur, Stockholm 1982.

Jantzen W: Grundriss einer Allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Pahl-Rugenstein, Frankfurt am Main, 1979.

Leontjev AN: Problemer i det psykiskes udvikling. Band 1–3. Rhodos, København, 1976.

Nygren P: Psykologins plats i förhållandet individ–samhälle. *Psykolognytt* 1981 (10) 10–12.

Nygren P: Förhållandet individ/samhälle inom den kritiska psykologin. *Psykolognytt* 1981 (11) 10–13.

Vygotskij LS: Psykologi och dialektik. Norstedts, Stockholm 1981.

11. *Holme I, Helgeland A, Hjermann I, Lund-Larsen PG*: Coronary risk factors and socioeconomic status. *Lancet* 1976, 2, 1396–1398.

12. *Prior I*: Migration and Physical illness. *Advances in psychosomatic medicine*, Vol 9, pp 105–131, 1977.

13. *Theorell T, Svensson J, Ahlborg B*: Blood pressure variations across areas in the greater Stockholm region – analysis of 74 000 18-year-old men. Under publicering i *Social Science & Medicine*. (mars–april 1982)

14. *Glass DC*: *Behavior Patterns, Stress, and Coronary Disease*. Wiley: New York, 1977.

15. *Kasl SV, Cobb S*: Blood pressure in men undergoing job loss. *Psychosomatic Medicine*, 1970, 32 (1) 19–38.

16. *Eyer J*: Hypertension as a disease of modern society. *International Journal of Health Services*, 1975, 5 (4) 539–558.

17. *Werkö L*: Socialklass, yrke, livsstil och risker för hjärtattack. *Läkartidningen* 1979, 76 (47) 4235–4237.

18. *Levi, a.a.*
Se även *Bernstein J*: Forandring og stress. Universitetsforlaget, Oslo, 1978.

19. *Brod J*: The influence of higher nervous processes induced by psychosocial environment on the development of essential hypertension. I: *L Levi* (ed) a.a., Vol I, pp 312–323.

20. *Lazarus RS, Averill JR, Opton EM*: Towards a cognitive theory of emotion. I: *Levi L* (ed) a.a., Vol 3. pp 190–205.

21. *Lazarus RS*: Cognitive and personality factors underlying threat and coping. I: *Appley MH, Trumbull R* (ed) *Psychological Stress*, Appleton, New York, 1967.

22. *Syme SL, Berkman LF*: Social class, susceptibility and sickness. *American journal of Epidemiology*. 1976, 104 (1) 1–8.

23. *Karasek RA*: Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24, 285–308.

Gardell B: Tjänstemännens arbetsmiljöer. Psykosocial arbetsmiljö och hälsa. Rapport nr 24. Forskargruppen för arbetslivets socialpsykologi. Stockholm, 1978.

24. *Ahlbom A, Karasek R, Theorell T*: Psykologiska arbetskrav och risk för hjärt-kärl död. *Läkartidningen* 1980, 77 (46) 4243–4245.

Alfredsson L, Theorell T, Karasek R: Psychosocial work environment and myocardial infarction – a study of Swedish working men. Under publicering i *Social Science & Medicine* (mars–april 1982)

25. *Holz kamp-Osterkamp U*: Erkendelse, emotionalitet, handleevne. I *Dreier a.a.* s 237–348.

26. *Hultqvist K, Hydén LC*: Har människan börjat gå på huvudet? En kritik av Carl Lesches ”Psykoanalyzers vetenskapsteori”. Häftet för kritiska studier, 1982, 1 under publicering.

27. *Hydén LC*: Den kritiska psykologin. Psykologi i teori och praktik, 1980, 35 (4) 32–42.