

Psykisk hälsa ur ett geografiskt perspektiv

Yttre och inre rum

- den mentala hälsans geografiska sammanhang

Anders Schærström

Geografiska analyser kompliceras av att den mentala ohälsan är svår att läges- och tidsbestämma. Komplikationerna ligger bl.a. i att orsakerna kan finnas långt tillbaka i de berörda personernas liv samt av flyttningar. För att förstå den mentala ohälsans geografiska sammanhang behöver man därför mera flexibla metoder och tillgång till mycket detaljerade data. Det finns idag geografiska tekniker och perspektiv som ännu bara har använts i mycket ringa omfattning för att analysera mental hälsa och ohälsa. Bland dessa finns både kvantitativa och icke-kvantitativa tillvägagångssätt. Med geografiska informationssystem kan man åstadkomma mycket sofistikerade epidemiologiska analyser, men GIS förutsätter tillgång till högupplösta data, även om individer. Andra möjligheter är att analysera vardagssituationer och hur dessa kan innebära mentala påfrestningar.

Vissa geografer använder även geografiska begrepp för att nå insikter i mentalt störda personers föreställningsvärldar och omvärldsrelationer. Närallgande forskning handlar om känslomässiga förhållanden till platser samt om hur kroppsliga sjukdomar och funktionshinder kan inverka på den mentala hälsan genom att hindra de drabbades från att besöka platser som har personlig betydelse.

Anders Schærström är Fil dr i kulturgeografi 1996 med specialisering "medicinsk geografi". Han har arbetat som utredare vid Statens folkhälsoinstitut 2003-2007 och därefter frilansande skrivare, utredare och översättare.

Anders Schærström, Kometvägen 49, 183 48 Täby, E.post: anders.schaerstrom@telia.com, Tfn: 070-693 91 28, 08-758 30 03 (b)

Geografi och hälsa

Även om insikten att mönstren av hälsa och sjukdom varierar från plats till plats har rötter i Antiken, så har geografernas intresse för hälsa och sjukdom har varit tämligen klen fram till modern tid, men sedan har utvecklingen gått fort. Även om det rör sig om en liten specialitet inom geografin är mångfalden stor på de regelbundna internationella konferenserna för *medical geography* eller *health geography* som flera kollegor numera föredrar att säga. Även mental hälsa och ohälsa är numera ett naturligt, om än litet, inslag. Själva bytet av benämning från "medical" till "health" avspeglar, att om de förr var mest benägna att söka organiska, biomedicinska orsaker, så har geograferna nu ett mycket vidare perspektiv på omständigheterna kring hälsa och ohälsa.

Enligt en uppfattning, är det hur själva frågorna är formulerade som gör dem geografiska eller något annat, inte vem som ställer dem. Vad man emellertid måste betona är att vi – geografer och medicinare, liksom andra – närmar oss hälsa och ohälsa från olika utgångspunkter, med olika bakgrundskunskaper och perspektiv. Som geografer gör vi det med tekniker som kartografi, korologi¹ och GIS² samt med mer eller mindre djupa insikter i befolkningsgeografi, bebyggelsegeografi, klimatologi, geomorfologi, hydrologi osv.

Och det centrala för geografen är alltid att *rummet* har ett förklaringsvärde. Det betyder att vi fäster särskild vikt vid var ohälsan förekommer – inte bara i en geometrisk mening utan också i ett humanekologiskt sammanhang.

Tidigt utvecklades två riktningar i "medicinsk" geografi. Den ena, den epidemiologiska, söker kartlägga (i ordets egentliga mening) och analysera ohälsans utbredning, medan den andra fokuserar vårdinrättningarnas lokalisering, tillgänglighet och utnyttjande. Men sedan ett tiotal år tillbaka kan man urskilja avsevärt flera olika vetenskapsteoretiska riktningar eller skolor i den hälsoinriktade geografin. Förutom de båda tidigare, som båda har en positivistisk karaktär, kan man urskilja strukturalistiska, kritiska, marxistiska, humanistiska m.fl. perspektiv.

Inom den geografi som ägnar sig åt den mentala hälsan kan man grovt urskilja tre spår. Förutom ett epidemiologiskt spår och ett som handlar om den psykiatriska vården, kan man också se ett tredje spår som utgår snarare från enskilda personers upplevelser eller livsvärldar.

Kronologiskt urskiljer några geografer två "vågor" i forskningen om mentalhälsans geografi och kan skönja en tredje våg. Den första vågen kom med det tidiga 1970-talet och fokuserade storskaliga mönster av mental ohälsa och mentalvårdssystem som då dominerades av stora institutioner. Den andra vågen, som började märkas under 1980-talet, bytte perspektiv till det småskaliga, till vad som skiljer friska och sjuka individer. I den tredje våg som växer fram idag finns en större mängd av teorier och metoder för att förstå såväl de speciella omständigheterna på enskilda platser som mera generella strukturbetingade processer. Det finns en insikt om att geografiska analyser måste röra sig på flera skalor och analysnivåer.

Mental ohälsa: var – och när?

Geografer utgår ofta från antagandet att om man vet var en företeelse förekommer så har man åtminstone den första ledtråden till dess orsakssammanhang. Men vad innebär var? Frågan kan syfta på det exakta läget – uttryckt som koordinater eller adresser, men kan också handla om det relativa läget, dvs. i förhållande till någonting annat. Kan vi se tydliga kluster eller andra mönster – eller verkar allt slumpmässigt? Nästa steg är att söka rumsliga korrelationer med andra omständigheter, som man kan misstänka för att ha ett orsakssamband.

När det gäller ohälsan finns i princip två svar. Det ena är att sjukdomen finns där sjuka individer befinner sig. Det andra är att den finns där risken att drabbas förekommer. Innan vi kan börja en geografisk analys måste vi bestämma vad vi ska sätta på kartan. Ska vi begränsa oss till diagnostiserade fall som sjukvården har fått kännedom om eller ska vi utgå från vad folk uppger när de i enkäter svarar om sitt hälsotillstånd? Ska vi kartlägga extrema utslag av mental ohälsa, såsom självmord? Eller ska vi söka de omständigheter i vardagen som inte direkt orsakar psykiatriskt definierad sjukdom men väl leder stress, irritation, ångest och psykosomatiska besvär? Vart och ett av tillvägagångssätten kan vara motiverat, men kommer att ge olika – och kompletterande – bilder av den mentala ohälsans geografi.

Men eftersom data avser en viss tidpunkt eller en viss period så är varje lägesbestämning också en tidsbestämning. För sjukdom kan man tänka sig att placera fallet på den plats, där den

sjuke bor när sjukdomen blir konstaterad, diagnostiserad och journalförd av en läkare. Man kan också tänka sig att sjukdomen börjar när den drabbade själv känner sig sjuk. En tredje möjlighet är att sjukdomen upptäcks vid någon rutinkontroll – eller blir observerad i en hälsoenkät. Sist, men inte minst, bör man räkna med en svårfångad, men väsentlig, tidpunkt då sjukdomsprocessen börjar. Beroende på tidpunkten vi väljer så kan också lägesbestämningen bli olika – och medföra olika geografiska mönster. En annan aspekt på tidpunkten rör den sjuktes levnad och relateras till olika livsfaser, genetiskt arv eller påverkan under fosterstadiet.

Geografer har medverkat till att söka skillnader mellan länder, regioner, städer, stadsdelar och landsbygd, beaktat folktäthet och demografi, men resultaten är långt ifrån samstämmiga. På grund av många oklara eller rentav motstridiga resultat kan man mena att antingen finns det inget miljö samband alls eller också innebär resultaten att det visserligen finns samband men att de ligger bortom vår nuvarande förmåga att upptäcka dem.

Ett par brittiska studier belyser hur svårt det är att finna ett entydigt geografiskt mönster – och orsakssamband – för mental ohälsa. En nationell tvärsnittsundersökning med ett urval av 9000 vuxna personer fann signifikanta regionala olikheter. Englands norra regioner hade en hög prevalens av mental ohälsa till skillnad från de södra landsdelarna (dock inte London) och Skottland. (Lewis & Booth) Några år senare fann emellertid andra geografer inte alls något spår av den

nordsydliga kontrast som kollegorna funnit (Duncan et al).

Schizofreni

Trots flera ambitiösa försök att finna en tydlig miljöpåverkan bakom geografiska mönster av schizofreni, så förblir sammanhangen dunkla. Man har prövat länder, ortstyper och urbaniseringsgrad, migration och födelseårstid. En hypotes är att risker grundläggs redan på fosterstadiet, vilket i så fall skulle innebära ett nytt geografiskt spår. Enligt en uppgift skulle incidensen vara högre i utvecklingsländer, men en annan studie pekar snarare på motsatsen.

Somliga har pekat på att risken för schizofreni skulle vara högre i urbana områden än på landsbygden. Skillnader mellan stadsdelar har kartlagts bl.a. i Chicago på 1930-talet och i engelska Nottingham. I Chicago-studiens anda använde senare forskare data från fem amerikanska städer. De fann en korrelation mellan eftersatta bostadsområden, missbruk och depressioner, liksom att hög mobilitet hängde samman med höga frekvenser av schizofreni, större depressioner och missbruk. Slutsatsen blev att det snarare är sjukdomen som leder till att schizofrenidrabbade har ett dåligt socioekonomiskt läge, vilket i sin tur leder till en selektionsprocess som för dem till sämre bostadsområden. Den enskildes socioekonomiska förhållanden måste därför uppfattas som en funktion av möjligheter och omständigheter som hänger samman med grannskapet.

Enligt en aktuell undersökning finns det tecken på en korrelation

mellan schizofreni och latitud på så sätt att både incidens och prevalens tycks öka med latituden. Resultatet är inte helt entydigt men särskilt incidensen för män är signifikant korrelerad med latitud. Undersökningen bygger på 353 incidensvärden från 68 studier och 258 prevalensvärden från 94 studier. Sammanlagt ingår mätvärdet från platser i 27 länder. Latituden i sig själv är förstas inte orsak till sjukdomen utan måste uppfattas som en "proxy" för ett otal demografiska, genetiska, klimatiska, sociala och andra omständigheter.

Suicidalhandlingar

Själv mord anses ha ett stabilt geografiskt mönster, trots handlingarnas extrema karaktär, men i Sverige kan man se att mönstret (på länsnivå) sakta förändras (Mäkinen). En tidigare geografisk analys som omfattade hela Norden riktade uppmärksamheten på att tillgängliga data var otillförlitliga och redovisades på geografiskt otillfredsställande sätt. En brittisk studie har analyserat det geografiska mönstret för män i åldrarna 15-44 år genom att använda data med relativt hög upplösning. Resultatet pekar på att den geografiska variationen inte kan vara rent slumpmässig, med koncentrationer i innerstäder samt i vissa landsbygdsregioner, särskilt i perifera sådana och i kusttrakter. Detta tycks bekräfta tidigare undersökningars resultat, och forskarna hoppas att man med bättre kunskap om självmordens "lokala geografier" skulle kunna underlätta förebyggande åtgärder. (Middleton et al.)

Mobilitet och föränderlighet

Oavsett var ohälsan ger sig till känna, så finns orsakerna rimligtvis i omständigheter som kan ligga långt tillbaka i tiden och därför är värdet av tvärsnittsstudier tvivelaktigt. Det är också ett skäl till att den är geografiskt svårfångad.

Ett återkommande tema i geografiska studier av mental ohälsa handlar om motsatsparet *breeder* och *drift*. Å ena sidan skulle vissa platser kunna alstra (breed) ohälsa i en eller annan form. Å andra sidan skulle den geografiska fördelningen av ohälsa (och hälsa) kunna vara ett resultat av folkströmmar (drift) och en selektionseffekt på så sätt att personer med vissa förutsättningar skulle vara mer eller mindre benägna att flytta. Hypotesen om en ”healthy migrant” håller inte alltid. Flera studier pekar exempelvis på att personer med schizofreni verkar mera benägna att flytta, men att andra omständigheter också inverkar.

En variant av frågeställningen skiljer mellan kontext och komposition, dvs. mellan själva platsen eller miljön och egenskaperna hos den befolkning som bor där.

Strikt geografiskt handlar det om flyttningar i olika perspektiv – inom en stad, mellan landsbygd och stad, mellan länder och kulturer – men en väsentlig sida är orsakerna. En frivillig flyttning (t.ex. familjebildning) innebär rimligtvis en glädjande, lustfylld, händelse till skillnad från en påtvingad (t.ex. av arbetsmarknadsskäl eller värre, såsom krig, förföljelser, naturkatastrofer etc.)

En irländsk undersökning av 72 schizofreni-patienter ställde frågan

om var de var födda och var sjukdomen först bröt ut. Här framkom en tydlig skillnad mellan kvinnor och män. De flesta av männen, som också oftast var ogifta, hade insjuknat på sina födelseorter – som var spridda. Männen hade alltså inte flyttat mycket. Kvinnorna däremot hade i allmänhet flyttat i samband med giftermål, innan sjukdomen uppenbarats sig.

Mot bakgrunden att schizofreni var tre gånger vanligare i Nottinghams fattigaste stadsdelar än i de rikaste undersöktes 67 patienter som hade fått diagnosen ca 15 år tidigare. Det visade sig att den sociala snedfördelningen har att göra med omständigheter tidigt i personernas liv.

För flyktingar och andra internationella migranter är det rimligt att hälsoeffekterna kan ha att göra dels med uppbrottet och mötet med den främmande miljön, dels med de ofta traumatiska upplevelserna bakom flytten – flykten. Forskning om mental hälsa bland dem som flyttat internationellt har förekommit länge. Den ganska ofta citerade Ødegaard fann t.ex. i början av 1930-talet att psykoser var vanligare bland norska utvandrare i Minnesota än bland de norrmän som bodde kvar i Norge. Sedan många år tillbaka finns belägg för att schizofreni och psykoser är vanligare i invandrargrupper i flera länder än i de infödda befolkningarna. Dessa mentala problem har delvis tillskrivits psykosociala omständigheter för sårbara migranter, men senare forskning visar skillnader mellan invandrargrupper.

Vid det här laget kan det vara dags att fråga varför det inte har gått att påvisa entydiga rumsliga skillnader i

förekomsten av mentala ohälsan. Att omgivningen inte skulle ha någon betydelse för förutsättningarna i livet strider mot intuitionen, men har man hittills sökt korrelationer på fel geografiska skalor eller ägnat oss åt fel hälsoutfall? Är det fel på frågorna eller på modellerna? Kanske är det så att man måste söka orsakerna till den mentala ohälsan mycket närmare den enskilda människan – vilket inte alls behöver innebära att man överger det geografiska perspektivet. Att allt fler tvärsnittsstudier inte kan påvisa några större variationer i prevalensen för de vanligaste mentala ohälsotillstånden mellan små eller medelstora områden – särskilt om man tar hänsyn till de enskilda invånarnas egenskaper – kan peka på att det snarare är på individ- och hushållsnivå som man ska söka orsakssambanden. Det betyder mera longitudinell forskning som även beaktar interaktion mellan människor och platser.

Mentalvård

Den andra grenen av den konventionella hälsogeografin handlar om vårdens lokalisering, tillgänglighet och utnyttjande – åtminstone ytligt sett. Var vården erbjuds – eller inte erbjuds – kan också inverka på var behovet – ohälsan – kommer till synes. Redan på 1800-talet var det bekant att ju närmare folk hade till mentalvården, desto mera benägna var de att söka sig till den. Denna omständighet, som blev känd som ”Jarvis’s law”, har sedan bekräftats gång på gång. Idag har avinstitutioniseringen i flera länder lett till att såväl tidigare patienter på psykiatriska institutioner som öppna

mottagningar har koncentrerats i innerstäder. I nyzeeländska Dunedin har man funnit att det utvecklats en ”stödande miljö” för personer med mentala störningar. För många med mentala störningar blir det området en del av livsbanan. Detta kan få två effekter. Å ena sidan kan en ”kritisk massa” av personer med liknande behov i ett område motivera att psykiatriska tjänster förläggs där. Å andra sidan kan koncentrationen stigmatisera området och leda till motstånd från omgivningen³.

Nya vägar

I kölvattnet av de perspektivförändringar som den ”medicinska” geografin började genomgå under 1990-talet söker även de kollegor som ägnar sig åt den mentala (o)hälsan efter metodologiska vägar. Här finns insikter om att det behövs ett mera flexibelt och dynamiskt sätt att se och analysera ohälsans geografiska mönster. Här finns kritik mot både geografers och icke-geografers alltför trubbiga sätt att hantera mental ohälsa. Och här finns argument för att man måste se människorna bakom mönstren.

Geografer har på senare år kritiserat hur andra alltför oreflekterat hanterat ”geografin”. (Philo et al. 2003). Även om kritiken särskilt har gällt sättet att behandla landsbygd som ett homogent begrepp, så har kritiken en mycket vidare giltighet för geografiska analyser.

Kritik riktas också (både internt och utåt) mot att man hittills har försummat människorna bakom de epidemiologiska siffrorna och kartorna. Geografen måste se dem som tänkande,

kännande och agerande personer, inte enbart som bärare av information om lägen. Det är dags att ”befolka” forskningen om mental ohälsa, vilket är ett argument för intervjun som forskningsmetod. Omständigheterna kring det mentala hälsotillståndets rymmer mer än vad man fångar in med diagnoser och lägen. Utöver psykiatriska metoder, som utgår från individens biologiska, genetiska och kanske psykologiska förutsättningar, och socialt inriktade, som fokuserar strukturer, system och relationer, finns ytterligare ett sätt att närma sig den mentala ohälsan, nämligen genom att försöka nå insyn i erfarenheter och upplevelser hos de personer som har fått en viss psykiatrisk diagnos. Det kräver ett tillvägagångssätt som mindre litar till kvantitativa metoder och ”mera till ord” – tolkningar, intryck och funderingar.

Mentala kartor och personliga geografier

Ett intressant möte mellan geografi och psykologi handlar om såkallade mentala kartor (mental maps). Bakom ligger insikten om att var och en bär med sig en subjektiv ”mental karta”, en uppfattning av världen i stort och av sin närmaste omgivning där vissa platser är mera kända än andra och platser förknippas med olika känslor eller relationer. Även om ”mentala kartor” från början inte hade direkt anknytning till hälsa så kan föreställningen lätt utsträckas till hur friska och sjuka förhåller sig till olika platser.

I den samtida geografin om hälsa finns också en föreställning om *tera-*

peutiska platser och landskap. Tanken är att vissa platser och landskap är hälsosamma, men dit räknas inte enbart miljöer som är relativt rena från patogena mikroorganismer eller hälsovådliga kemikalier, utan har en välgörande, hälsofrämjande inverkan. Det är lätt att anknyta till aktuella svenska diskussioner om vad grönområden betyder för folkhälsan. På svensk bas finns också forskning som pekar på att naturumgänge kan främja en inre, mental, harmoni.

I de senaste årens forskning från geografmiljö, även i Sverige, finner man några intressanta exempel på vad platser betyder särskilt i samband med livskriser. Trygghet beror sålunda inte enbart på sociala relationer och moderna institutioner. Visserligen kan samhällsinstitutioner tillhandahålla en praktisk trygghet, men Rämngård visar i sin avhandling, som bygger på djupintervjuer med gravida kvinnor i Norge och Sverige, att trygghetskänslan hänger intimt samman med omgivningen, inklusive den fysiska miljön, på platser som man har ett personligt förhållande till. Det handlar om en trygghet som bottnar i minnen och identiteter som är knutna till dessa platser.

I den spirande floran av nya geografiska frågeställningar om mental (o)hälsa förekommer ambitioner att ta reda på hur människor upplever rummet och sitt eget förhållande till det. Ett exempel är acrofobi/höjdskräck. Ett annat är att med ett geografiskt språk försöka fånga psykotiska personers fragmenterade uppfattningar av rum och av platser som känns säkra eller osäkra. Vidare finns en ambition

att förstå ”Borderline personalities” som produkter av sin omvärld.

Den avinstitutionalisering som har skett i flera länder har föranlett geografer att försöka pejla hur ex-patienter utvecklar personliga geografier och hur sociala och rumsliga processer uppstår kring nya öppna mottagningar⁴ där mentalt störda kan känna sig mer eller mindre accepterade. Ett liknande spår är Kjellmans ambition att analysera hur ex-narkomaner och mentalt handikappade vidgar sina aktivitetsutrymmen efter att ha levt på institutioner.

Geografer har under senare år börjat pejla hur människor som drabbas av sjukdomar – både kroppsliga och mentala – tvingas att ompröva sina förhållanden till platser. En kroppslig sjukdom kan begränsa rörelsefriheten eller göra det nödvändigt att flytta. Sålunda kan även kroppsliga sjukdomar indirekt påverka det mentala välbefinnandet då de ”personliga geografierna” förändras. Ett par exempel är hur MS- och aidsjukas vardagsvärldar blir inskränkta, då deras rörelseförmåga försämras, och de blir mindre ”synliga” eftersom de tvingas lämna arbetslivet och vistas mindre på allmänna platser. För att pejla hiv-smittades känslor inte enbart genom intervjuer har en forskare också utrustat dem med kameror för att dokumentera platser som har särskild personlig betydelse.

Möjligheter: GIS och tidsgeografi

Aktuella reflektioner andas önskemål om mera sofistikerade geografiska analysmetoder för den mentala ohälsan. Det behövs tillvägagångssätt

som dels beaktar processer (mobilitet, miljöförändringar och livsförändringar), dels kan förena ett individnära perspektiv med ett makroperspektiv.

Geografen är i hög grad en perspektiv- och metoddisciplin som använder såväl kvantitativa som kvalitativa metoder. ”Den kvantitativa revolutionen” på 60-talet följdes av ett intresse för icke-kvantitativa metoder och nu har vi inom geografins akademiska hägn en mångfald av metoder, skolor och perspektiv som kompletterar varandra. Vi har både högteknologiska verktyg som geografiska informationssystem (GIS) och intellektuella analysredskap. ”Hårda” och ”mjuka” inriktningar behöver ingalunda vara oförenliga.

Liksom annan geografisk forskning representerar mentalhälsogeografen ett brett spektrum av metoder, men ännu finns det outnyttjade möjligheter.

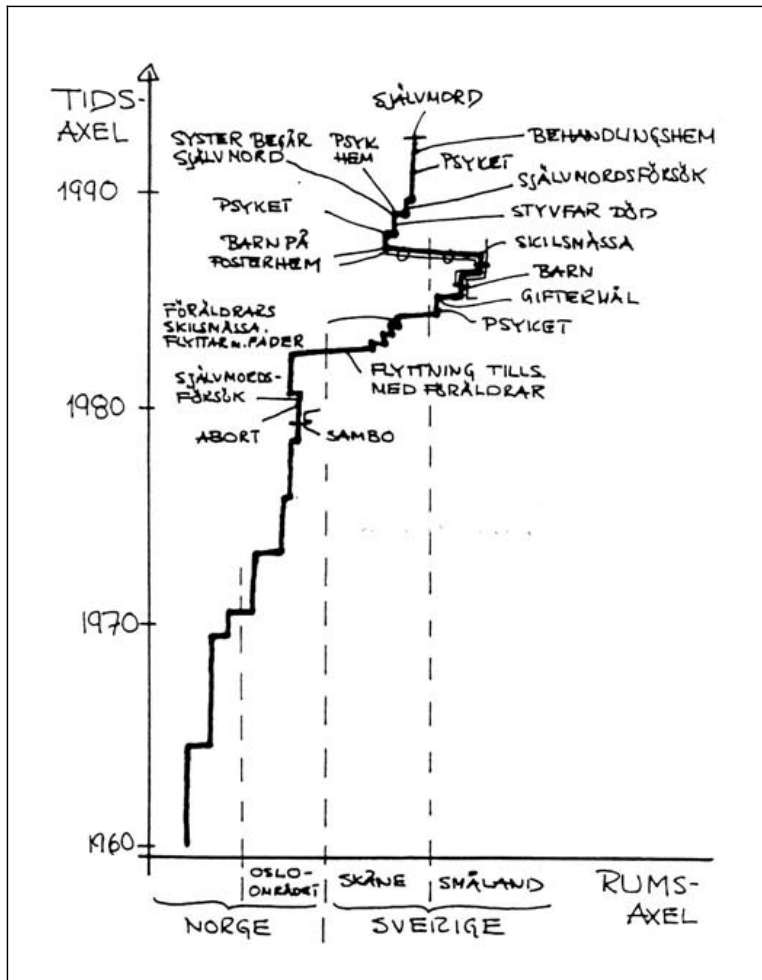
Ett metodproblem ligger i oklarheten om vilken skala som är lämplig för analyser av mental ohälsa. Geografens svar är emellertid att man bör pröva olika skalor, olika aggregeringar och i grunden använda så högupplösta data som möjligt – ett etablerat geografiskt arbetssätt som låter sig kombineras med statistiska flernivåanalyser. Till en del skulle behovet kunna tillgodoses av GIS-verktyg. Till skillnad från annan hälsoinriktad geografi tycks mentalhälsogeografen knappt ha börjat använda GIS, men några exempel finns.

Enligt en hypotes skulle risken för schizofreni kunna öka till följd av exponering för giftiga ämnen, t.ex. trafikavgaser, i unga år, vilket delvis

skulle kunna förklara att sjukdomen tycks vara vanligare i städer. För att undersöka hypotesen tog man i en dansk studie hjälp av GIS-verktyg. Uppgifter om bostadsadresser och flyttningar för en kohort om 1,89 miljoner personer födda 1956-1971 matchades mot uppgifter om vägar och individuella diagnosuppgifter. Trots den ambitiösa ansatsen gick det emellertid inte att finna något belägg

för att avstånd mellan bostäder och trafik skulle spela roll. (Bøcker Pedersen)

I ett annat aktuellt projekt med GIS-analys har man i Malmö kunnat visa att två olika typer av mentala störningar har helt olika mönster som syns på olika skalnivåer. (Chaix) I stället för att använda aggregerade data utgick man från alla individers bostadsadresser. Poängen med GIS



Figur: Ett liv i tid och rum (Källa: Lenntorp 1992). Figuren illustrerar principen för hur man tidsgeografiskt kan dokumentera en livsbana och haka på information om väsentliga händelser i sina geografiska sammanhang. Principen har tillämpats praktiskt av Sunnqvist m fl (2007)

och högupplösta data är att man kan analysera en sammanhängande yta, såsom en hel kommun, oberoende av administrativa indelningar.

Behov av flexibilitet finns också i tidsdimensionen. Med longitudinella, individanknutna data skulle det vara möjligt att följa individuella banor, flyttningar, vistelsetid, selektionsprocesser och exponering i olika grannskap. Epidemiologiska studier brukar vara antingen tvärspektoriella eller longitudinella, men varken det ena eller det andra tillvägagångssättet fångar den faktiska dynamiken i tid och rum. Det gör däremot det *tidsgeografiska* perspektivet. Tidsgeografin utgår från axiomet att allt har sin plats och sin utbredning i såväl tid som rum, men mycket är dessutom rörligt och föränderligt. Därför uppstår ständigt nya konstellationer, situationer, möten och kontakter – också risker, exponeringar och möjligheter.

Det finns önskemål om att bättre förstå den psykiatriska hälsans geografi genom att följa mentalpatientens rumsliga bana och som instrument för anamnes har det tidsgeografiska tillvägagångssättet använts för att förankra avgörande, kanske traumatiska, händelser i tid och rum.

Som terapeutisk metod har tidsgeografin använts interaktivt av Nordell för att göra projektdeltagare – patienter – mera medvetna om sina vardags-situationer och själva åstadkomma förändringar för att må bättre.

Tidsgeografiska studier har i det lilla formatet analyserat enskilda personer och hushåll samt deras dagliga förehavanden, deras ”personliga geografier”

och har bidragit till bättre förståelse för hur möjligheter och restriktioner i samhällsstrukturen formar tillvaron. Det finns en potential för större projekt. Genom att analysera vardagslivets omständigheter skulle man kunna nå bättre förståelse av de situationer som leder till mentala reaktioner. Arbetsterapeuten Lena-Karin Erlandsson har jämfört ett hundratal kvinnors vardagsprogram tidsgeografiskt och funnit att en balanserad vardag är bäst för hälsan. Med hjälp av tidsgeografiska dagböcker⁵ och observationer visar hon, att såväl högkomplexa som lågkomplexa dagsprogram är skadliga för hälsan och välbefinnandet.

Även om det alltjämt är oklart hur mental ohälsa – eventuellt – hänger samman med omgivningen, så finns det en mångfald av geografiska perspektiv och tekniker som ännu inte har utnyttjats till fullo eller knappast ens har prövats. Därför bör vi hoppas på en ömsesidig samarbetsvilja mellan geografer och andra som vill utforska den mentala ohälsans yttre och inre rum.

...”Place may still matter, but not in the ways that have been studied to date.”⁶

Kartan

Att kartera, dvs. att i ordets egentliga mening kartlägga, var olika företeelser förekommer är geografins utgångspunkt. Kartan i sig själv bevisar inte någonting – lika lite som statistiska samband i sig själva utgör bevis – men kartor kan vara viktiga vägvisare också till orsakssamband, inte enbart till en utbredningsbild. Geografens arbete kan ofta beskrivas som en dialog med kartan, även om utrymmet här inte medger några exempel. Geografer ordnar sina data rumsligt och sätter dem – antingen manuellt eller numera oftast med hjälp av en dator – på kartan! Kartan visar en uppsättning fakta som geografen tolkar med hjälp av andra redskap (kvantitativa eller kvalitativa metoder). Mönstren på kartan väcker nyfikenhet och föreställningar om vad som kan ha orsakat dessa mönster. Dessa föreställningar kan formuleras om till frågor som kanske leder till nya kartoperationer - man söker kanske nya data, man kan ändra perspektiv och skalor – och man får nya kartor, ny information, nya svar och nya frågor. Så småningom kan denna dialog leda till att man bättre förstår de förlopp som ligger bakom mönstren på kartan – som ju avspeglar verkligheten.

Kartor kan användas för att effektivt visa var vissa sjukdomar över huvud taget förekommer, om vissa sjukdomar är vanligare på vissa platser än andra och om de särskilt förekommer i vissa miljöer. De kan därför användas både för att generera hypoteser och att söka stöd för hypoteser om sjukdomarnas orsakssamband. Kartor kan också vara praktiska instrument i samhällsplanering, inte minst för att ta hänsyn till folkhälsan.

Vi har en arsenal av karttyper att välja mellan, t.ex. punktkartor, koropletkartor, isaritmkartor och kartdiagram. För användaren är det viktigt att vara medveten både om vilka intryck de förmedlar, vilka dataunderlag de är lämpliga för och vilka krav de ställer på datansamling.

Den vanliga koropletkartan är ofta baserad på administrativa gränser (såsom kommuner och län). Ofta ligger rent praktiska motiv bakom – nämligen att statistiska uppgifter redovisas för dessa enheter. Om dessa enheter sedan är de mest relevanta för sammanhanget, t.ex. mental (o)hälsa, är en helt annan sak och på den punkten kan man som geograf önska mycket större medvetenhet hos andra kartanvändare.

Lästips

- Brodersen, Lars (2002) Kommunikation med kartor. Liber Kartor
- Hall, Ola; Alm, Göran; Ene, Stefan & Jansson, Ulf (2003) Introduktion till kartografi och geografisk information. Studentlitteratur
- Lawson Andrew B. & Williams, Fiona L.R (2001) An introductory guide to disease mapping. Wiley

Referenser

- Böcker Pedersen, Carsten & Bo Mortensen, Preben (2006) 'Urbanization and traffic related exposures as risk factors for Schizophrenia', *BMC Psychiatry*, 2006,6:2. doi:10.1186/1471-244X-6-2
- Chaix, Basile; Leyland, Alastair H, Sabel, Clive E, Chauvin, Pierre; Råstam, Lennart; Kristersson, Håkan & Merlo, Juan (2006) *J Epidemiol Community Health*;60;427-435
- Duncan C, Jones K, Moon G 'Psychiatric morbidity: a multilevel approach to regional variations in the UK', *Journal of Epidemiology & Community Health* Vol 49, 290-295
- Erlandsson, Lena-Karin (2004): "101 Women's Patterns of Daily Occupations. Characteristics and Relationships to Health and Well-being". Diss. Lunds universitet. Faculty of medicine, Department of Clinical Neuroscience, Division of Occupational Therapy.
- Kjellman, Cecilia (2003) Ta plats eller få pats? Studier av marginaliserade människors förändrade vardagsliv. Institutionen för kulturgeografi, Lunds Universitet, Avhandlingar CXLIX
- Lenntorp, Bo (1992): "Biografier, diagnoser och prognoser", I: Självmod som existentiellt problem. Folksams vetenskapliga råd och Forskningsrådsnämnden. Rapport 92:7. pp 63-76
- Lewis G, Booth M 'Regional differences in mental health in Great Britain', *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1992;46:608-611
- Mäkinen, Henrik Ilkka (2006) 'Självmodens geografi'. *Ymer* 2006, s 251-268
- Middleton, Nico; Sterne, Jonathan, A C & Gunnell, David (2006) 'The geography of despair among 15-44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map' *J. Epidemiol. Community Health* 2006;60;1040-1047
- Nordell, Kersti (2002): Kvinnors hälsa – en fråga om medvetenhet, möjligheter och makt. Att öka förståelsen för människors livssammanhang genom tidsgeografisk analys. Meddelanden från Göteborgs universitets geografiska institutioner Serie B, Nr 101. [Doktorsavhandling]
- Philo C, Parr H, Burns N (2003) 'Rural madness: a geographical reading and critique of the rural mental health literature' *Journal of Rural Studies* 19 (2003) 259-281
- Rämgård, Margareta (2006) The power of place. Existential crises and place security in the context of pregnancy. Meddelanden från Lunds universitete geografiska institutioner. Avhandlingar CLXX.
- Sunnqvist, Charlotta; Persson, Ulla; Lenntorp, Bo,

Träskman-Bendz (2007) 'Time-geography a model for psychiatric life charting?', *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2007, Vol:14 , Issue 3, pp.250-7; <http://dx.doi/19.1111/j.1365-2850.2007.01071.x>

Weich, Scott; Twigg, Liz; Lewis, Glyn & Jones, Kelvyn (2005) 'Geographical variation in rates of common mental disorders in Britain: prospective cohort study, *British Journal of Psychiatry* (2005) 187, 29-34

Kontakta författaren för att få en artikelversion med fullständiga referenser: anders.schaerstrom@telia.com.

Noter

- 1 Korologi – "rummets statistik", statistiska metoder, tillämpade på rumsliga fördelningar.
- 2 Geografiska informationssystem
- 3 Det fenomen som brukar kallas "NIMBY" = Not in my backyard!
- 4 Semi-institutional places
- 5 Tidsgeografiska dagböcker följer en mall, där man så noga som möjligt noterar tid och plats förutom vad man gör, vem man är tillsammans med osv. I dagboken kan man också ange hur man mår – kroppsligen och mentalt. En stor fördel är att metoden fångar in situationer och processer. Se t.ex. Ellegård & Nordell (1997)
- 6 (Weich 2005)

Summary in English

External and internal spaces – a geographical view of mental (ill) health

While health geography, alias medical geography, has become an established, albeit small, sub-discipline in geography, mental health has remained a rather marginal topic. Nevertheless, through the last couple of decades ambitions have been rising and a variety of approaches are emerging.

Geographical analyses of mental (ill) health are complicated by difficulties in determining its spatial and temporal occurrence – which is a prerequisite for a true geographical analysis. Whereas the definition of mental health status per se is not a geographical question, the spatial determination definitely is. Thus, geographical analyses may be hampered by disputable definitions and diagnoses. Further, complications may arise from the lapse of time and migration, sometimes expressed with the complementary notions of drift and breed. Do certain places breed ill health or do they attract individuals who are already ill or predisposed for certain disorders?

Like early 'medical' geography, conventional approaches to the geography of mental health have attempted either to clarify the epidemiology of the disorders or to analyse the interplay between health care on the one hand and the need or demand for it on the other.

In recent years, a new 'wave' is characterized by a diversity of theories, methods and research issues. The aims are not only to understand the specific circumstances in particular places but also to unveil and dissect structural, and potentially harmful, processes. One budding strand of research attempts to capture everyday situations and their impact on mental well-being. Another line emanates from the notion of therapeutic places and landscapes – places which seem to have a salubrious or healing effect on troubled minds.

Among these contemporary and emerging approaches some colleagues use geographical, spatial, concepts to gain insight in and explore the life-worlds of individuals, for example mentally disturbed persons. Also, various life crises may induce affected people to re-negotiate their relations with emotionally significant places.

Thus, understanding the geographical context and potential causal circumstances of mental ill health, requires more flexible methods as well as high-resolution data. Today, academic geography applies hi-tech tools, such as Geographical Information Systems (GIS) as well as intellectual, non-quantitative, instruments. Neither has, by far, been sufficiently exploited in mental health geography.

Keywords: health geography, medical geography, mental health,