

Södertörns högskola | Institutionen för historia och samtidsstudier

C-uppsats 15 hp | Idéhistoria | Hötterminen 2012-2013

När psykiatrin vände sig åt samhället:

Om psykiatridebatt, sektoriseringsplaner och
Nackaprojektet 1968-81

Av: Simon Gustafsson

Handledare: Lena Lennerhed

Abstract

This essay revolves around the reformation and sectorization of Swedish psychiatry starting in the 1970's. Psychiatry was to change from being based in closed asylums to being an institution in the middle of society, finding social solutions to mental illness and working through a dynamic network of various care givers, such as welfare officers, nurses and psychiatrists. This new kind of psychiatry was first tested in Nacka, where psychiatric reformers Johan Cullberg and Bengt Berggren were the heads of a six-year long pioneer project of sectorized psychiatric care. My specific purpose is to analyze the new ideas of mental illness and of psychiatry's role in society which were introduced in this project and how they were expressed in the official reports presenting it.

The reformation was preceded by a public debate concerning psychiatry, which had intensified a few years around 1970. In the debate a new kind of radical critique was voiced which named psychiatry a tool of power and oppression, a kind of rhetoric which found its way into the debate amongst psychiatrists. In it the traditional way of psychiatry, based in mental asylums, was attacked by Cullberg who saw in a recent social psychological trend the possibility of a new psychiatry, which would be decentralized and working with social solutions. It was this kind of psychiatry which was shortly thereafter to be tried in Nacka, as a response not only to critique of the old system but also to economic problems. The social psychological fundament was there put to practice through preventive work, focus on the family as a system and new kinds of therapy. The new psychiatry can be said to have led to what Hydén calls a handicappization of mental illness, and what Björk discusses as a new conception of the patient as unique. Throughout the planning of the new psychiatry and the reports on the Nacka-project questions concerning the role of psychiatry were dealt with, questions which were at first raised in the public debate. The reformist critique of psychiatry which led to the Nacka-project was, I suggest, to some extent inspired by a public more radical critique of psychiatry but the two ways also had inherent differences.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	5
Syfte, frågeställningar och avgränsning	5
Källor	6
Forskningsläge	7
Teori	9
Disposition	10
Bakgrund	11
Den offentliga psykiatrikritiken	11
Sektoriseringens förutsättningar	13
Analys	15
Psykiatrisk debatt och utredningsarbete i 70-talets början	15
Debatt i Läkartidningen	15
Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation	16
Nackaprojektet	20
Psykiatrins nya avsikt och organisering	20
Familjefokus och jag-stärkande terapi	23
Eliasson och psykiatrins nya roll	26
Sammanfattning	31
Käll- och litteraturförteckning	32

INLEDNING

1974 startade Nackaprojektet, som sex år framåt ansvarade för den psykiatriska vården i Nacka och Värmdö. Projektet organiserades utifrån sektoriseringsprincipen, enligt vilken psykiatrin skulle skötas lokalt, genom samarbete med andra vårdgivare och med hjälp av förebyggande arbete. För den nya psykiatriska vården ansvarade team, bestående av psykologer, kuratorer och annan vårdpersonal. De skulle ta hand om en utvald del av befolkningens vårdbehov genom att verka ute i samhället och bedriva en öppen psykiatri. Bort skulle de gamla mentalsjukhusen och den slutna, centraliserade psykiatriska vården. Bakom förändringen låg ekonomiska och strukturella problem inom psykiatrin, men också en ny socialpsykologisk trend enligt vilken mental ohälsa hade sociala orsaker och lösningar. För denna nya psykologi och sektoriserade psykiatri var Nackaprojektet en provverksamhet som resulterade i flera rapporter om den nya psykiatrins organisering, verksamhet och effekter.

Bengt Berggren och Johan Cullberg var under var sin period överläkare för Nackaprojektet och hade båda innan projektets början varit aktiva i den inompsykiatriska debatten i början av 70-talet. I den hade främst Cullberg hårt angripit den traditionella psykiatrin, och genom att vara ansvarig för den plan för psykiatrin Socialstyrelsen gav ut 1973 lade han grunden för hur sektoriseringen av svensk psykiatri skulle genomföras. Den debatt Cullberg var aktiv inom hade dessutom paralleller, och likheter, med en offentlig debatt om psykiatrin. I denna hade psykiatrin utifrån 68-årens spirande vänsterperspektiv kritiserats och ifrågasatts. Frågor väcktes om huruvida psykiatrins definitioner av mental ohälsa var sätt att sjukdomsförklara avvikande beteenden och vilken psykiatrins roll i samhället var. Frågor om hur mental ohälsa definieras och vilken psykiatrins roll var blev centrala även i den inompsykiatriska debatten, Socialstyrelsens utredningsarbete och Nackaprojektets rapporter. Hur de där besvarades är denna uppsats intresseområde.

SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med min uppsats är att analysera vilka idéer om psykisk ohälsa och psykiatrins roll i samhället som utvecklades i och med sektoriseringen av psykiatrin och Nackaprojektet. För att göra detta har jag följande frågeställningar:

- Hur såg bilden av den traditionella psykiatrin och dess perspektiv ut bland de reformistiska psykiatrikerna? Vilka var reformisternas relationer och anknytningar till 68-årens offentliga psykiatrikritik?

- Hur formulerades avsikten med sektoriseringen och Nackaprojektet? Vad för slags problem tänktes det som en lösning till?
- Hur beskrevs organiseringen och det terapeutiska arbetet i Nackas nya psykiatri? Vad innebar psykiatrins nya organisering och terapi för hur man såg på psykiatrins roll och mental ohälsa?
- Vad för slags idéer om psykiatrins roll i samhället formulerades i skrifterna om Nackaprojektet? Var dessa annorlunda från de som uttrycktes i debatten om psykiatrin innan projektets början, ändrades idéerna om psykiatrins roll under tidens gång?

KÄLLOR

Mitt huvudsakliga källmaterial är rapporter som statliga myndigheter gav ut om sektoriseringen av psykiatrin och Nackaprojektet. *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation* heter en skrift Socialstyrelsen gav ut 1973 och är skriven av en expertgrupp ledd av Cullberg. Rapporten används i denna uppsats för att analysera grunden till Nackaprojektet och planerna för sektorisering.

Om själva Nackaprojektet gavs ut ett antal rapporter av Spri, Statens rationaliserings- och planeringsinstitut. Till dessa hör huvudboken *Nackaprojektet: bakgrund, praktik, erfarenhet* och flera tillhörande appendix från 1978-79, skrivna av bland andra Berggren och Cullberg. De av dessa jag funnit relevanta och inkluderat behandlar konsultering, förebyggande verksamhet och psykoterapi. Jag inkluderar alla Spri:s rapporter om Nackaprojektet i min undersökning. Tyngdpunkt ligger på de Spri-rapporter som gavs ut 1978-79, som är mest relevanta för mina syften. Men även 1981 gavs ut två rapporter om projektet, varav den ena innehåller patientregister, statistik över vårdkonsumtion och liknande data som inte berör uppsatsens syfte. I den finns dock korta stycken om psykiatrins samhällsroll jag analyserar. Och i den andra skriften från 1981, som är en mycket kort sammanfattning av verksamheten, finns grundläggande fakta om Nackaprojektet jag använder. Rapporterna har olika författare som alla är anknutna till Nackaprojektet, vissa har flera författare och de flesta står som sagt antingen Berggren eller Cullberg för. Detta betyder att även om alla rapporterna gemensamt förmedlar en bild av den nya psykiatrin kan stycken skrivna av mindre kända inblandande skilja sig från de andra i frågor om till exempel psykiatrins roll. När någon del står ut från de andra tar jag upp och diskuterar detta.

1979 hade sociologen Rosmari Eliasson skrivit klart *Den nya psykiatrin i korseld: en rapport från Skå om Nackaprojektet, psykoterapi och ideologi* på uppdrag av Barnbyn Skå inom

Stockholms socialförvaltning. Boken analyserar och kritiserar Nackaprojektet utifrån ett ideologikritiskt perspektiv och jag använder den som en källa för att utreda vilken debatt och vilka olika idéer om psykiatris roll som fanns då Nackaprojektet var långt gånget. Eliassons syfte är på många sätt likt mitt eget, att analysera den nya psykiatrin, men jag har trots detta inte valt att ge den större utrymme eller använda den även som sekundärlitteratur. Detta beror på att hennes bok som jag ser det är tydligt idéhistoriskt inblandad i hela historien om sektoriseringen, med dess tydliga anknytning till tidigare radikal psykiatrikritik. När hennes bok gavs ut reagerade också ansvariga för sektoriseringen negativt vilket skapade en mindre kontrovers, som i sig är intressant för min diskussion. *Den nya psykiatrin i korseld* använder jag därför endast som källmaterial. För att diskutera kontroversen Eliassons bok gav uppbåd till vänder jag mig dessutom till Cullbergs självbiografiska *Mitt psykiatriska liv: memoarer från 2007* som källa.

Mina övriga källor är två artiklar från 1971 respektive 1972 som Cullberg skrev i *Läkartidningen*, ”Målsättning- och resursproblem inom psykiatrin” och ”Den medicinska modellens plats inom psykiatrin”. Bägge är inlägg i en årslång debatt som fördes i tidningen, där även företrädare för den traditionella psykiatrin tog plats. Att jag inte inkluderat andra inlägg beror på att jag bara vill, och gör anspråk på att, tolka Cullbergs och den nya psykiatris perspektiv. Då beskrivningar av den traditionella psykiatrin förekommer är det främst såsom den målades upp av dess kritiker.

FORSKNINGSLÄGE

Om äldre svensk psykiatri har skrivits relativt mycket, desto mindre finns skrivet om den moderna varianten som uppstod på 70-talet. Den tas dock upp i psykiatrihistoria översiktsverk såsom *Den galna vården: svensk psykiatri 1960-2000* av Bengt Sjöström från 2000, *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare* av Jan-Otto Ottosson från 2003 och *Psykoanalys i välfärdsstaten: profession, kris och framtid* av Jurgen Reeder från 2006. Alla tre författare är verksamma inom svensk psykologi. Böckerna handlar huvudsakligen om annat än just sektoriseringen, Reeders bok rör till exempel just psykoanalysens svenska utveckling men har ändå varit bitvis nyttig. De två övriga böckerna har det gemensamt att de har slängiga historieskrivningar, om än åt olika håll. Så skriver Sjöström att psykiatris förändring under 60- och 70-tal bara var ”marginell kosmetik” och att ”ingen reform har varit bra”.¹ Ottosson å andra sidan inleder sin bok med att hävda att psykiatrin på 1900-talet gått från ”en

¹ Bengt Sjöström, *Den galna vården: svensk psykiatri 1960-2000* (2000), s. 52 och 181.

kombination av barbari och barmhärtighet” till ”fördomsfrihet, humanitet och integration”.² En sådan värderande historieskrivning och sådana ensidiga tolkningar tar jag avstånd ifrån men böckerna används ändå. När jag använder dem är det endast som faktaunderlag, vilket böckerna duger bra för.

Specifikt om den nya psykiatrin handlar *Den möjliga och omöjliga psykiatrin: utveckling och erfarenheter av sektoriserad psykiatri* från 1987 av psykologen Clarence Craaford, som själv i Luleå drev igenom ett projekt liknande det i Nacka under 70-talet. Boken behandlar sektoriseringen på ett intressant sätt och har varit värdefullt faktaunderlag. Även *Psykiatri i omvandling* från 1989, skriven av vårdläraren Kjell Ericsson, sociologen Roland Svensson och psykologen Lars G Persson, handlar just om den sektoriserade psykiatrin. Och *Nya kulturer i psykiatrin* från 1998 är en samling texter av vilka en har relevanta beröringspunkter med mitt ämne. Den texten är skriven av socialpsykologen Lars-Christer Hydén och har titeln ”Den ”nya” psykiatrin - från sjukdom till handikapp”. De sistnämnda författarna, Ericsson, Svensson, Persson och Hydén, teoretiserar även om den nya psykiatrin på sätt som jag tar upp, och kritiserar, i uppsatsen.

Jag har dessutom hittat ett konferensbidrag skrivet av arkitekten Ebba Högström från 2009. ”Gör platsen patienten?: rumsliga föreställningar i psykiatrin” heter den texten och behandlar hur psykiatris lokaler användes för att skapa en ny patientsyn i bland annat Nackaprojektet. Hennes undersökning är gjord främst utifrån intervjuer med före detta anställda i Nackas psykiatri. Jag använder artikeln för att ge ett annat perspektiv på och annorlunda inblick i Nackaprojektet, som en vinkel som inte baseras i Spri-rapporterna och därmed kan styrka min argumentation.

Om den psykiatrikritik som upptar min uppsats inledande del har idéhistorikern Anna Ohlsson skrivit en doktorsavhandling, *Myt och manipulation: radikal psykiatrikritik i svensk offentlig debatt 1968-1973* från 2008. Även sociologen Tommy Svensson har skrivit i ämnet, i uppsatsen *Psykiatri, reformer och revolution: om radikal svensk psykiatrikritik åren kring 1970* från 1997. Mycket mer har skrivits om psykiatrikritiken internationellt men jag har valt att inte inkludera något utöver de två nämnda texterna, som skickligt analyserar svensk psykiatrikritik och väl passar för mina frågeställningar. Om 68-årens vänsterkritik står även i Anders Frenanders *Debattens vågor: om politisk-ideologiska frågor i efterkrigstidens svenska kulturdebatt* från 1999 och boken använder jag för att ge kontext till psykiatridebatten.

² Jan-Otto Ottosson, *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare* (2003), s. 13.

På den idéhistoriska fronten finns inte mycket mer som direkt kan relateras till ämne. Dock använder jag *Problemet utan namn?: neuroser, stress och kön i Sverige från 1950 till 1980* av Maria Björk från 2011 som underlag för diskussion sent i uppsatsen. Medicinhistorikerna Roger Qvarsell och Karin Johannison har skrivit främst om tidigare svensk psykiatri och övergripande om känslornas historia, och jag har inte funnit varken av dem relevanta för mitt syfte.

TEORI

Jag anknyter mig inte till någon övergripande teori men använder mig i analysen av två teoretiska begrepp, utvecklade av Svensson och Ohlsson. Begreppsparet är reformistisk och radikal psykiatrikritik och brukas av de två författarna för att visa hur den offentliga psykiatrikritiken kring 68-åren såg ut. Men begreppen kan, menar jag, med fördel användas även för att utreda svensk psykiatris utveckling under 70-talet. Ohlsson beskriver det som att då den radikala psykiatrikritiken vänder sig mot psykiatriska institutioner, kategorin mentalsjukdomar och idén om vård som sådan är den reformistiska kritikens måltavla främst vad den kallar det traditionella medicinsk-biologiska paradigmet mot vilken man ställer psykodynamiska och socialpsykologiska alternativ.³ Men mellan de två formerna av kritik går inga vattentäta skott, menar jag med Ohlsson, och de växer fram i interaktion med varandra. Både den radikala och reformistiska formen av psykiatrikritik spelade, menar jag, stor roll i skapandet av både sektoriseringsplanerna och Nackaprojektet, och är därmed något ofta återkommande i denna uppsats.

De två begreppen, radikal och reformistisk psykiatrikritik, är på så sätt teoretiska antaganden jag gör om psykiatrikritiken och som hjälper mig i analysen. Med dem reder jag ut de olika strömningarna i psykiatrikritiken, hur de verkade i offentlig och psykiatrisk debatt men också influerade statligt utredningsarbete. Men den främsta förtjänsten med begreppen är inte att de låter mig stämpla den som reformist och den som radikal utan att begreppen hjälper mig utforska hur de frågor som psykiatrikritiken både ställer och väcker behandlas på olika sätt i och genom mitt källmaterial. För det kritiksörterna rör, och vad som skiljer de åt, är just vad som debatterades under 68-åren och mitt syfte riktar sig mot – idéerna om mental ohälsa och psykiatris roll i samhället.

³ Anna Ohlsson, *Myt och manipulation: radikal svensk psykiatrikritik i svensk offentlig debatt 1968-1973* (2008), s. 47.

DISPOSITION

Uppsatsens bakgrundskapitel introducerar det idésammanhang i vilket sektoriseringsplanerna och Nackaprojektet föddes. Jag tar först ett vidare perspektiv och skriver om ”Den offentliga psykiatrikritiken”, där behandlas både psykiatrikritikens internationella företrädare och de inhemska tvisterna. Därefter går jag in på ”Sektoriseringens förutsättningar”. Utländska föregångare till svensk sektorisering, psykiatrins dåtida ekonomiska problematik och den farmakologiska revolutionens vikt behandlar jag i detta stycke.

Analysen består av två större delar: ”Psykiatrisk debatt och utredningsarbete i 70-talets början” och ”Nackaprojektet”. Den första delen behandlar debatten om och förarbetet till sektoriseringen cirka 1971-73 och den andra delen rör sig kring 1974-81, då Nackaprojektet inlett och rapporterats om. Uppdelningen i två större tidsbundna delar är tänkt att visa på hur sektoriseringen och Nackaprojektet inte kom i klar form utan var en process, något också den nya psykiatrins besvarande av frågor om psykiatrins roll och mental ohälsa var. På så vis kan jag även utreda min frågeställning om idéernas förändring över tid på ett bra sätt.

I del ett går jag först igenom den ”Debatt i Läkartidningen” som Cullberg startade 1971. I analysens första dels andra och sista kapitel, ”Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation”, analyserar jag den rapport från 1973 som föranledde sektoriseringen av svensk psykiatri och Nackaprojektet. I den andra delen analyserar jag först ”Psykiatrins nya avsikt och organisering” så som den beskrivs i rapporterna i mitt källmaterial och diskuteras av Hydén och Högström. Efter det analyserar jag Nackaprojektets psykiatriska arbete i kapitlet ”Familjefokus och jag-stärkande terapi”. Jag går igenom projektets terapeutiska arbete utefter Spri-rapporterna och tar upp Björks idéer om stressdiskursens förändring under 70-talet i det kapitlet. Till sist skriver jag om ”Eliasson och psykiatrins nya roll”. Där presenteras och analyseras Eliassons *Den nya psykiatrin i korseld* som ställer frågor om psykiatrins möjligt repressiva roll på sin spets, men även Nackaprojektets uttryckta självbild diskuteras i det kapitlet. Min uppsats avslutas med en sammanfattning av mitt resultat.

BAKGRUND

Mot slutet av 60-talet erhöll vänstern vad Anders Frenander i *Debattens vågor* kallar problemformuleringsprivilegiet i den svenska offentliga debatten, vilket innebar att ”vänsterns frågor angav tonen” och att debatten radikaliserades.⁴ Allt oftare började nu psykiatri problematiseras och kritiserats i den offentliga debatten, från både inom- och utomvetenskapligt håll.⁵ Psykiatri blev representant för ett förtryck som var både ideologiskt och repressivt, och mentalsjukhusen blev tacksamma symboler för maktens intolerans mot och grymma behandling av avvikande element. Missförhållanden inom psykiatri uppmärksammades i media och på demonstrationer kunde ses plakat med uppmaningen ”Riv den svenska psykiatri – klassamhällets stöttepelare”.⁶ Men psykiatrikritiken var för den sakens skull inte enhetlig i sin utformning, utan som Svensson skriver ”mycket diversifierad, mångfacetterad och komplex”.⁷ Jag ska här gå igenom några grundläggande drag i psykiatrikritiken för att ge en bakgrund till hur dess frågor och retorik hittade sin väg in i *Läkartidningen* och Socialstyrelsens utredningsarbete.

DEN OFFENTLIGA PSYKIATRIKRITIKEN

Till den radikala psykiatrikritikens internationella förfaktare brukar räknas namn såsom R. D Laing, Thomas Szasz och Franco Basiglia. Även Michel Foucault, vars *Vansinnets Historia* gavs ut på franska redan 1961, räknas ofta in i skaran. Kritiken fokuserade på två aspekter av psykiatri: hur kategorin mental sjukdom var böjlig, historisk betingad och användes för att sjukdomsstämpla det avvikande, samt hur själva de psykiatriska institutionerna verkade förtryckande och utövade social kontroll.⁸ Ett exempel på den första sortens kritik är just Foucaults arbete som visar hur kategoriseringen av vansinniga skiftat med tiden. Den andra kritiken uttrycktes tydligt av Basiglia som gav ut en bok betitlad ”*Ned med den institutionella psykiatri*” och dessutom senare drev igenom en psykiatri utan mentalsjukhus i italienska Trieste.⁹ Bakom kritiken låg en idé som, åtminstone i populariserad form, enkelt vände på förhållandet mellan samhälle och de psykiskt sjuka: idén om det sjuka samhället. Denna idé fungerade, skriver Ohlsson, ”närmast som ett slags underliggande, relativt oartikulerad

⁴ Anders Frenander, *Debattens vågor: om politisk-ideologiska frågor efterkrigstidens svenska kulturdebatt* (1998), s. 268.

⁵ Tommy Svensson, *Psykiatri, reformer och revolution: om radikal svensk psykiatrikritik åren kring 1970* (1997), s. 3-4.

⁶ Sjöström, s. 55-57. Bild på plakatet finns i Ohlsson, s. 85.

⁷ Svensson, s. 3.

⁸ Ibid., s. 8.

⁹ Alain Topor, *Mentalvård i frihet* (1985), s. 73-75.

premiss, som en underton av missnöje och skepsis mot rådande samhällsförhållanden”.¹⁰ Med sig förde idén om det sjuka samhället tanken om att saker och ting måste ändras, en tanke som befästes i svensk offentlig debatt genom en rad kontroverser.

En av dessa kontroverser var Harding-fallet. 1969 hade en demonstration mot Vietnamkriget lett till att polis och demonstranter hamnat i bråk. Kort därpå uttalade sig läkaren och psykologiskt insatta Gösta Harding i ett radioprogram om händelsen och menade att, i hans ord: ”man skulle hellre inom barnpsykiatri ta hand om dessa så slapp de kanske att demonstrera på det här sättet”.¹¹ Hardings uttalande möttes av kritik och fallet är ett exempel på hur psykologerna allt mer framstod som ett konservativt fack och psykiatri som en repressiv samhällsapparat.

Ytterligare stöd för sin sak fick psykiatrikritiken då Folksam, med stöd av både fackförbund och akademiska organisationer, startade Mentalhälsokampanjen. Syftet var att med ”upplysnings- och studieverksamhet skapa ökad förståelse och samhörighet inom arbetslivet”.¹² Kontroversen kring kampanjen startade även den 1969 och tycktes, likt Harding-fallet, bekräfta mycket av det psykiatrikritiken hävdade under den tid som den var som mest högljudd. Dessutom träffade kampanjen en marxistisk nerv inom psykiatrikritiken med sitt fokus på arbetslivsfrågor och ansågs försöka ignorera eller släta över motsättningar mellan arbetare och arbetsgivare. En sådan kritik framfördes i debattboken *Konsten att dressera människor* i vilken flera debattörer häftigt angrep kampanjen som, enligt dem, grundades ”på en myt om att arbetsgivare och löntagare hade samma intressen”.¹³ I övrigt kallade boken hela den psykiatriska apparaten för indoktrineringsmetod och begreppet psykisk sjukdom för ett sätt att dölja politiska problem. Författarna såg den enda vägen ut ur förtrycket i en radikalt ny arbetarnas psykiatri som också spekulerades om, dock väldigt skissartat.¹⁴

Harding-fallet och kritiken mot Mentalhälsokampanjen är bara två av många exempel på hur psykiatrikritiken blomstrade i svensk offentlig debatt kring 60-talets slut och 70-talets början. De visar hur den traditionella psykiatrins auktoritet ifrågasattes och i och med *Konsten att dressera människor* fick idén om det sjuka samhället ovanligt uttalad form. Genom att anknytas till marxistiska tankegångar gick idén från en relativt oartikulerad premiss till tydligt

¹⁰ Ohlsson, s. 140.

¹¹ Citerad i Ohlsson, s. 89.

¹² Ohlsson s. 228.

¹³ Ibid., s. 234.

¹⁴ Ibid., s. 234-243.

uttalad åsikt och del i en större sammanhängande kritik, där psykiatrin spelade sin ideologiska och repressiva roll i en större förtryckande struktur. *Konsten att dressera människor* illustrerar väl hur den radikala psykiatrikritiken såg en större samhällsförändring som nödvändig för psykiatris bättring och så aldrig kunde nöja sig med den reformistiska kritikens förhoppningar om förändringar inom systemet. Även om den radikala och reformistiska kritiken samverkade och inspirerade varandra när de stod enade mot en fiende, den traditionella psykiatrin, fanns alltså mellan dem en möjlig konflikt. Denna skulle komma till ytan flera år efter 68-årens vänsterdominerade offentliga debatt, när Eliasson 1979 gav ut sin radikalt psykiatrikritiska *Den nya psykiatrin i korseld*. Men innan så skedde hade mycket hänt inom psykiatrin, som vid 60-talets slut förutom offentlig kritik stod inför ekonomiska och strukturella problem. Det var dessa problem sektoriseringen tänktes som en lösning till, en lösning som dessutom hade internationella föregångare. Detta ska jag nu ta upp.

SEKTORISERINGENS FÖRUTSÄTTNINGAR

Att psykiatrin i den offentliga debatten kring 70-talets början ofta målades upp som gammaldags och stel betyder inte att det inom den rådit konsensus om att saker var som de bör vara. Tvärtom talades redan 1958 i ett betänkande från den statliga mentalsjukvårdsdelegationen om att det i svensk psykiatri ”råder en krissituation”.¹⁵ I samma betänkande fanns också förslag till konkreta ändringar, bland annat hade man sneplat åt England där slutenvården hade inretts med egna centrum, med frisör, konditori och liknande. Införandet av sådana så kallade ”social centres” skulle bidra till moderniseringen av psykiatrin.¹⁶ Redan innan 68-årens psykiatrikritik fanns alltså en vilja att gå mot öppnare vårdformer. Det var en vilja som inte kan kallas psykiatrikritisk i varken av bemärkelsen jag gav begreppet ovan. Snarare var den försiktigt reformistisk inom de då givna ramarna, de engelska alternativen rörde trots allt vård med fortsatt bas i sluten och inte öppen vård. Än hade inte heller moderniseringsivern den politiska udd Cullberg gav den då han i början av 70-talet angrep den traditionella psykiatrin, vilket jag återkommer till. Snarare handlade det om en vilja att anpassa sig till en internationell psykiatrisk förändringsvåg och att lösa de problem som föranlett denna.

De konkreta problem som låg till grund för sektoriseringen av psykiatrin var främst ekonomiska.¹⁷ Talande för detta är hur det var Holland som var först med att genomföra

¹⁵ Citerad i Ohlsson, s. 51.

¹⁶ Ohlsson, s. 60-63.

¹⁷ Kjell Ericsson, Lars G. Persson & Roland Svensson, *Psykiatri i omvandling* (1989), s. 23.

sektorisering på stor skala, då de efter andra världskriget, fattiga och med mentalsjukhusen sönderbombade, var tvungna att finna en ny och billigare psykiatri – detta lyfter också Sprirapporterna om Nackaprojektet fram.¹⁸ Ekonomiska argument förekom även då sektoriseringen av svensk mentalvård föreslogs, argumentet Berggren använde för att överta det psykiatriska vårdansvaret för Nacka var att alternativet skulle ha varit en för landstinget kostsam omstrukturering. Den slutna vården hade blivit dyr och pengamässigt ineffektiv: driftskostnaderna var höga, dyra renoveringar krävdes och det var svårt att rekrytera läkare till psykiatrin.¹⁹

Dessutom spelade 50-talets farmakologiska revolution stor roll, enligt Reeder var detta den största faktorn till att öppenvård blev ett möjligt alternativ.²⁰ De lugnande och antipsykotiska substanser som i och med denna revolution skapades och kunde massproduceras var anledningen till att en psykiatri utanför mentalsjukhusens kontroll kunde tänkas på allvar. Säkert hade denna, och den ekonomiska, vinkeln kunnat behandlas mycket mer för att förstå sektoriseringens förutsättningar än som görs i denna uppsats. Brist på utrymme och val av fokus tillåter dock inte detta.

Ändringar av den traditionella psykiatrin var alltså inte bara rekommenderade, av betänkandet, utan kunde också tänkas vara kostnadseffektiva. Och det dök upp exempel på hur sådana ändringar kunde se ut: förutom ”social centres” i England skapades mer radikala lösningar. Bland annat i Holland, men också i USA som efter 1963 började bygga så kallade Community Mental Health Centers efter sektoriseringsprincipen.²¹

Så ser bakgrunden till sektoriseringen av svensk psykiatri ut. Tillsammans med psykiatrikritiken, som utgör det idésammanhang i vilket den inompsykiatriska debatten förs, har vi nu klargjort förutsättningarna för den nya psykiatrin. Och det var i Nackaprojektet denna nya psykiatri skulle testas först, genom en decentralisering av psykiatrin och med ett öppet nätverk av och samarbete mellan flera olika vårdgivare. Denna förändring började gro i den inompsykiatriska debatten och det är där jag börjar min analys.

¹⁸ Spri, *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet* (1978), s. 18-19.

¹⁹ Ericsson, Persson, Svensson, s. 168.

²⁰ Jurgen Reeder, *Psykoanalys i välfärdsstaten: proffession, kris och framtid* (2006), s. 20-21.

²¹ Clarence Crafoord, *Den möjliga och omöjliga psykiatrin: utveckling och erfarenheter av sektoriserad psykiatri* (1987), s. 28.

ANALYS

PSYKIATRISK DEBATT OCH UTREDNINGSARBETE I 70-TALETS BÖRJAN

Nu har vi alltså kartlagt den kontext och de omständigheter som gjorde tiden mogen ”vid 60-talets slut för en radikal förnyelse av den psykiatriska vården”, som Craaford skriver.²² Ekonomiska problem krävde och kritiska röster ropade efter en nydaning av svensk psykiatri. Och 1970 sammanställde Socialstyrelsen en ny principplan för psykiatrin där slutsatserna var liknande: förändring behövdes. Planen ledde till att det i *Läkartidningen* fördes en nästan årslång debatt psykologer och andra inblandande mellan.

DEBATT I LÄKARTIDNINGEN

Debatten inleddes av Cullberg. I sitt första inlägg kritiserade han Socialstyrelsens nya principplan på flera punkter, bland annat luddiga förklaringar, dåligt presenterade värderingar och bristande målsättning.²³ Planens grundidé, enligt honom ”att patienten så litet som möjligt skall behöva ryckas loss ur sitt vanliga sociala sammanhang då han behandlas”, kallas dock ”mycket sympatisk”.²⁴

I Cullbergs artiklar, både den inledande från 1971 och den senare från 1972, målas upp en bild av den traditionella, och då rådande, psykiatrin som påminner starkt om den offentliga radikala psykiatrikritiken. Den traditionella psykiatrin stirrar sig blind på enbart biologiskt-medicinska förklaringar, skriver han.²⁵ Inriktningen Cullberg företräder menar han är mer balanserad, den tar hänsyn till både det medicinska, humanistiska och psykoanalytiska men framförallt har den influerats av en ny socialpsykologisk trend. Det är denna trend som betonas i bägge artiklar och dess nydanande perspektiv skulle göra psykiatrin medveten om sociala förklaringar till mental ohälsa.

Det nya socialpsykologiska synsättet är också vad som ger Cullbergs inlägg en politisk ton som starkt påminner om den radikala psykiatrikritiken. För enligt honom aktualiserar denna nya samhällstillvända skola ett vägval för svensk psykiatri. Den första, traditionella vägen innebär, skriver han, att blint utföra sina biologiska behandlingar inom systemets ram och så bli ”en teknokratins städhjäl” samt förneka sin roll som ”en integrerande del av samhällets sociala kontroll”.²⁶ Mot detta ställs den nya psykiatrin som intar ett kritiskt perspektiv till

²² Crafoord, s. 30,

²³ Johan Cullberg, ”Målsättning och resursproblem inom psykiatrin” i *Läkartidningen* 1971:52, s. 6085-7.

²⁴ Ibid., s. 6086.

²⁵ Johan Cullberg, ”Den medicinska modellens plats inom psykiatrin” i *Läkartidningen* 1972:37, s. 4095-6.

²⁶ Cullberg 1971, s. 6089 och Cullberg 1972, s. 4096.

samhället. Resultatet är, skriver Cullberg, att "[d]en förstnämnda hållningen kommer att verka konserverande på den sociala situationen medan det kritiska synsättet bär ett frö till förändring inom sig".²⁷

Cullbergs artiklar liknar den radikala psykiatrikritiken i mycket: bilden av en konservativ psykiatri som verkar för social kontroll, det politiskt färgade ordvalet och politiseringen av debatten om psykiatrin. Dessutom angriper han den traditionella psykiatrin på samma två punkter den offentliga kritiken fokuserade på. Den första punkten, psykiatrins samhällsroll, märks kritiken mot tydligt i ovanstående citat men även den andra punkten, den som berör själva kategorin psykiska sjukdomar, tas upp.

Även om Cullberg inte förnekade kategorin psykisk sjukdom innebar det socialpsykologiska perspektivet en mycket annorlunda syn på saken. Ett exempel på hur mycket detta nya skiljer sig från det gamla är hur Cullberg i artikeln väljer att nämna just schizofreni som något det socialpsykologiska kan hjälpa psykiatrin förstå och behandla bättre.²⁸ Schizofreni är inte bara en väldigt svår psykisk sjukdom, och därmed rimligtvis inte en ett strikt medicinskt perspektivet lätt accepterar andra förklaringar till. Det är också en åkomma radikala psykiatrikritiker gärna skrev om. Till exempel Laing avfärdade alla biologiska förklaringar till schizofreni eller synen på det som sjukdom alls, och såg det som ett sätt att uppleva världen betingad av ens familjesituation och sociala kontext.²⁹

Att Cullberg använde en politisk retorik liknande den radikala psykiatrikritiken och antydde åsikter liknande företrädare för den innebär inte att han var tydlig kring hur det nya perspektivet såg på mentala sjukdomar. Inte heller utvecklade han i de två artiklarna hur detta nya slags psykiatri skulle kunna tänkas se ut, även om sektorisering nämns kort. Chans att göra just detta fick han dock snart, då han blev chef för den expertgrupp som för Socialstyrelsen skrev en ny principplan för psykiatrin.

DEN PSYKIATRISKA VÅRDENS MÅLSÄTTNING OCH ORGANISATION

I Socialstyrelsens nya rapport från 1973, kallad *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*, omdefinierades psykiatrins roll och intresseområde. Först skedde så genom att författarna kritiserade och gjorde avkall på psykiatrins traditionella auktoritet. Istället för att hävda ensamrätt på psykiatrisk kunskap skulle denna framöver delas till också andra vårdgivare. Och psykiatrins uppgifter skulle skötas i samarbete med exempelvis socionomer

²⁷ Cullberg 1971, s. 6090.

²⁸ Ibid., s. 6089.

²⁹ Ohlsson s. 127-30.

och äldrevård – expertgruppen menade att ”psykiska störningar och problem för att lösas kräver insatser från en rad olika medicinska, sociala och andra vårdgivare”.³⁰ I samma veva förklaras att psykiatrin dessutom ”endast är ett komplement till det medmänskliga ansvaret”.³¹ Denna blygsamhet kring psykiatris roll återkommer i senare rapporter där man påtalar risken och rädslan för att allt för mycket ”psykiatisera” mänskliga problem.³² Den uttrycks också senare i rapporten från 1973 då det står att ”frågor om strukturella sociala förhållanden är givetvis icke i första hand en psykiatrisk angelägenhet”.³³

Denna angelägenhet att dra psykiatrin tillbaka ifrån ett rum som då ansågs snarare politiskt eller personligt menar jag bör förstås i relation till den offentliga psykiatrikritiken. I till exempel Harding-fallet handlade själva kontroversen om att psykiatrin inkräktat i det politiska rummet, då Harding hävdade att demonstranternas beteende var psykiatris rätt och ansvar att tolka samt behandla. Även om rapportens tillbakadragande från den traditionella psykiatris auktoritet inte direkt har att göra med just Harding-fallet tydliggör exemplet vilka sorts anspråk den nya psykiatrin tar avstånd ifrån, och vilka slags överträdelser man efter 1973 ville undvika.

Tillsammans med den traditionella psykiatris auktoritet skulle de gamla institutionerna bort. Om slutenvårdens själva baser, mentalsjukhusen, står att de ”i nuvarande form bör på sikt försvinna som institutioner för psykiatrisk vård”.³⁴ Senare i rapporten beskrivs den nya agendan för mentalsjukhusen i klartext – målet är ”total avveckling” inom högst 20-25 år.³⁵

Med den planerade avinstitutionaliseringen och avskaffandet av det traditionella perspektivet följde också en ny psykiatrisk organisation, som skulle uppfylla det mer blygsamma målet som komplement till det medmänskliga ansvaret. Det är denna förändring som är själva sektoriseringen, och grunden för den nya organisationen ligger i team av olik vårdpersonal: psykiatriker, läkare, kuratorer och liknande. Ett visst antal team skulle sedan ta över vårdansvaret av en utvald del av befolkningen, i Nackaprojektet tog exempelvis tre sådana team hand om områden med cirka 20 000 personer var.³⁶

³⁰ Socialstyrelsen, *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation: rapport från expertgrupper : remisshandling* (1973), s. 15.

³¹ Ibid., s. 15.

³² Spri, *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 2, Psykoterapeutisk verksamhet* (1978), s. 39.

³³ Socialstyrelsen, s. 72.

³⁴ Ibid., s. 26.

³⁵ Ibid., s. 151.

³⁶ Spri, *Nackaprojektet 1974-80 : en sammanfattning* (1981), s. 2.

När det kommer till generella mål och värderingar denna nya psykiatri skulle sträva efter att nå nämns en rad olika sådana i Socialstyrelsens rapport. Elementärt välbefinnande, individuellt självförverkligande, personlig integritet men också politisk handlingsfrihet ska eftersträvas. Även samhällsfokuserade målsättningar som att fördela samhällets resurser rättvist, uppmuntra socialt ansvarstagande och främjande av den enskildes produktivitet nämns.³⁷ Dessa är alla väldigt generella målsättningar och som jag tolkar det inget man i varje situation räknade med att kunna verka för, men de illustrerar ändå väl den nya psykiatrins anspråk. Inte längre är psykiatrins område avskilt och rörande enbart de svårt sjuka utan det befinner sig mitt i samhället och rör såväl individers vardagsliv som större samhällsfrågor.

För att sträva mot dessa mål skulle teamens roll ska vara flexibla. Till deras uppgifter räknades bland annat psykiatrisk diagnostik och terapi, förebyggande verksamhet, konsultering till andra vårdgivare och informationsspridning. Just den sista uppgiften, informationsspridning, är också talande för det nya psykiatriska rum man försökte skapa, efter kritiken av och planerade nedmonteringen av det tidigare. Informationsspridning var del av vad man kallar en psykiatrins alarmfunktion: att tillförsäkra ”en så snabb och effektiv information som möjligt om sådana sociala missförhållanden, som kan förorsaka psykiska problem”.³⁸ Detta innebär ett tydligt avståndstagande från den tidigare psykiatrin, som man i rapporten menar begränsade sig till medicinsk-biologiska uppgifter.³⁹ Den traditionella psykiatrin kritiserades dessutom, i den senare av Cullbergs artiklar i *Läkartidningen*, för att objektivisera patienten och förlita sig på endast det medicinskt objektivt bestämbara.⁴⁰ I detta hänseende är den nya psykiatrin annorlunda – nu finns istället behovet att genom alarmfunktionen hävda sig och sina förklaringar. Men förutom kritiken av det gamla innebär informationsspridningen också att expertgruppen och den nya psykiatrin gör tydligt, och bestämt anspråk på, att kunna peka ut vilka sociala förhållanden som är missförhållanden, en rätt den traditionella psykiatrin inte tog sig. Den tidigare psykiatriska auktoriteten lämnas men en ny annorlunda sådan tar också form.

Med *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation* sattes kursen mot den nya psykiatrin som skulle testas i Nacka. Cullberg, och hans expertgrupp, fortsatte gira bort från den traditionella psykiatrin med vind i seglen från retoriken och idéerna av en mer övergripande psykiatrikritik. Men rapporten är också den punkt där det kritiska arbetet tar vid

³⁷ Socialstyrelsen, s. 77-80.

³⁸ Ibid., s. 23.

³⁹ Ibid., s. 15.

⁴⁰ Cullberg 1972: s. 4096.

och det kreativa, nya sätter igång och på så sätt en skärningspunkt mellan reformistisk och radikal psykiatrikritik. För de nya anspråk man talar om är inte oproblematiske. Till exempel var sociologen Kaj Håkansson, vars *Psykisk sjukdom: Illusioner och realiteter* från 1968 var ett av de viktigaste svenska inläggen i psykiatridebatten, skeptisk till sektorisering och den amerikanska varianten community mental health. Han var pessimistisk kring förmågan den nya psykiatrin hade att bryta psykiatrins traditionella sociala kontrollfunktion och menade att dess nya perspektiv riskerade att inkludera fler och fler icke-psykiatriska problem i psykiatrins sfär.⁴¹

Ur ett radikalt psykiatrikritiskt perspektiv som det Håkansson har verkar den nya psykiatrins argumentation dubbel. Ur hans synsätt kritiserar man en gammal sorts maktutövning för att ersätta den med en ny, mer raffinerad, sort. En liknande uppfattning framfördes, år 1998, av Hydén som menar att psykiatrin med sektoriseringen går från en direkt fysisk form av kontroll till en mer indirekt administrativ sådan.⁴² Redan här kan vi, anser jag, ana en splittring mellan den radikala psykiatrikritik Cullbergs inlägg från 1971 och 1972 tycktes inspirerade av och den reformistiska kritik rapporten från 1973 framförde. Klart är i alla fall att expertgruppen bakom rapporten med tillbakadragandet från gamla psykiatriska anspråk också gjorde nya. Att som Ericsson, Persson och Svensson beskriva det nya som en ”insnävning av det psykiatriska fältet” är därmed, menar jag, inte helt riktigt.⁴³

Rapporten från 1973 innebar alltså en fördjupad kritik av den traditionella psykiatrin, med planerna för avskaffandet av mentalsjukhusen och introduktionen av ett perspektiv som inte begränsade sig till medicinska uppgifter, vilket man klandrade den tidigare psykiatrin för att göra. Men rapporten innebar också början till en brytning med radikalare psykiatrikritik, vilket vi såg i jämförelsen mellan Håkansson och expertgruppen. Med rapporten inleder den nya psykiatrin processen att bilda egna idéer om mental ohälsa och tankar om psykiatrins roll i samhället. Denna process skulle ta fart och sättas i praktik bara ett år efter rapporten skrivits klart, då provverksamheten Nackaprojektet satte igång.

⁴¹ Ohlsson s. 186-90.

⁴² Lars-Christer Hydén, ”Den ”nya” psykiatrin - från sjukdom till handikapp” i Sjöström, Stefan (red.), *Nya kulturer i psykiatrin* 1998, s. 27.

⁴³ Ericsson, Persson, Svensson, s. 13.

NACKAPROJEKTET

Parallellt med att psykiatrin debatteras i det offentliga och inomvetenskapliga skedde andra förändringar på området. Landstinget skulle ta över det tidigare statliga ansvaret för mentalsjukhusen. För Nacka kommun innebar detta en kostsam förflyttning av slutenvården från Långbro till Ullåker sjukhus.⁴⁴ I denna omorganisering såg Berggren en chans att starta en försöksverksamhet för sektoriserad vård. Med argumentet att det skulle spara landstinget pengar lyckades han sälja in sin idé och 1974 startade Nackaprojektet. Den nya verksamheten blev uppmärksam i media och var ett attraktivt alternativ för jobbsökande inom vården.⁴⁵

I och med att Nackaprojektet var ett initiativ för forskning om den nya psykiatrins effekter och planering för vidare sektorisering presenterades och utvärderades också projektet i ett antal rapporter, som av Spri gavs ut 1978-81. Utifrån dem ska jag nu analysera Nackaprojektets nya organisation, syn på psykiatrins ansvarsområde och bild av psykisk sjukdom.

PSYKIATRINS NYA AVSIKT OCH ORGANISERING

”att erbjuda psykiatrisk service inom ett avgränsat upptagningsområde (överensstämmande med socialdistrikt), att bygga upp en organisation med ett minimum av traditionella slutenvårdsresurser men med långt utvecklade öppenvårdsresurser, att klarlägga samband och samarbetsformer med såväl övriga primär- och sekundärkommunala som statliga organ, att ta fram underlag för den psykiatriska vårdens planering.”⁴⁶

De fyra målen står skrivna i början av varenda en av rapporterna om Nackaprojektet. Ett av de viktigaste stegen mot denna nya sorts vård var decentraliseringen, flytten av psykiatrins bas från mentalsjukhusen till ett öppet nätverk av olika slags vårdgivare. För att undvika vad som skett i USA, att tvångsutskrivna före detta mentalpatienter föll genom samhällets skyddsnät och drev runt, användes mindre kliniker och halvöppen vård som kunde hjälpa en gradvis flytt ut i samhället då detta ansågs möjligt.⁴⁷ Intagningarna till slutenvården stängdes inte heller av helt, men hade efter 6 år minskad med cirka 30 %.⁴⁸

⁴⁴ Ottosson, s. 234.

⁴⁵ Crafoord, s. 30-33.

⁴⁶ Se bland annat Spri 1978 appendix 2, s. 13. Spri, *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 1, handledning i psykoterapi* (1978), s. 13. Spri, *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 4, konsultationsverksamhet* (1978), s. 12.

⁴⁷ Ottosson, s. 35.

⁴⁸ Spri 1981 sammanfattning, s. 6.

Vad som uppstod i slutenvårdens plats skulle vara ett öppet nätverk och samarbete med andra vårdgivare, där psykiatrin stod för tre verksamhetsformer – ”direkt service, mentalhälsokonsultation samt förebyggande verksamhet”.⁴⁹ Den direkta servicen, det terapeutiska arbetet, behandlar jag i nästa kapitel. Konsultationen beskrivs i rapporterna som grundläggande i processen att knyta kontakter med övrig vårdpersonal och introducera samhället för psykiatrin. Den riktades mot andra sorters vårdgivare än de psykiatriska och var menad att erbjuda dem psykiatriska tjänster och öka deras terapeutiska kunnande.⁵⁰ På så vis skulle deras förmåga att ta hand om personer som tidigare hade riskerat att hamna på mentalsjukhus öka.

Den förebyggande verksamheten förklarades ha tre funktioner: primärt handlade det om åtgärder för att minska psykisk sjukdom, sekundärt om att förbättra psykiatrins diagnostik samt behandling och i tredje hand, tertiärt, gällde det att höja livs- och funktionsnivå hos dem som lever med mental ohälsa.⁵¹ Och det är i det förebyggande arbetet jag menar den nya psykiatrins karaktär märks som tydligast. I det kommer det socialpsykologiska perspektiv vi såg Cullberg lovprisade till uttryck, själva det terapeutiska arbetet lutar mer åt psykoanalytiskt håll. Genom det förebyggande arbetets primära syfte bekämpades den traditionella psykiatrin på så sätt att man försökte minska antal intagningar och därmed centraliseringen av psykiatrin, samlandet av de psykiskt sjuka på ett ställe. Samtidigt hävdar man i det förebyggande arbetet sin nya plats, som en psykiatri ute i samhället.

De idéer om psykisk ohälsa som uttrycktes med den förebyggande verksamheten illustrerar en analys Hydén gör av den nya psykiatrin: att den innebar en handikappisering av begreppet mental sjukdom.⁵² För med de nya sociala definitionerna av psykisk ohälsa och försöken att bekämpa dem i de drabbades normala sociala miljö sker ett skifte av fokus – från själva sjukdomen till den sjukes möjlighet att hantera vardagen. Även om ett fokus inte nödvändigtvis helt utesluter det andra menar jag att Hydén pekar på en viktig tendens, som märks väl i just den förebyggande verksamheten. I både den primära och tertiära funktionen, mer uppenbart i den senare, handlar det om åtgärder för att människor, psykiskt sjuka eller inte, ska kunna leva ett hyfsat självständigt, och produktivt, liv. Så blir idéerna om och

⁴⁹ Spri 1978 huvudrapport, s. 4.

⁵⁰ Spri 1978 appendix 4, s. 3.

⁵¹ Spri, *Nacka-projektet : bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 3, Förebyggande verksamhet (1978)*, s. 30.

⁵² Hydén, s. 18-20.

behandlingen av mental sjukdom, som Hydén skriver, handikappiserade och man omdefinierar ”det långvariga psykiska lidandet, från sjukdom till funktionshinder”.⁵³

Hydén drar, som jag tidigare nämnt, sina slutsatser åt ett radikalt psykiatrikritiskt håll och menar dessutom att då ”de sociala instanserna tidigare inriktades på att avlägsna de som bröt mot den sociala normaliteten, fokuseras idag [i den sektoriserade psykiatrin] ansträngningarna på att alla skall normaliseras”.⁵⁴ Även om det påståendet pekar på en förflyttning av psykiatris roll parallell med handikappiseringen menar jag att det inte nödvändigtvis är riktigt för Nackaprojektets del. Toleransen av det onormala är för psykiatrin justerbart med hur mycket svängrum man ger sina begrepp och vilka sociala förhållanden man ser som riskabla, och i Spri-rapporterna märks att detta var ett dilemma. Rädslan för att ”psykiatrisera” allt för många sociala omständigheter pekar just på detta, att man inte ville vara för snabb i att säga vad som är normalt och inte. Detta samtidigt som psykiatrin är en institution som gör vissa anspråk på att veta vad just normalitet är – mental ohälsas motsats och, för den nya psykiatrin, de sociala förhållanden som inte kallas missförhållanden och därmed inte föder psykisk ohälsa. Men om denna psykiatris nya roll återkommer jag.

När det kommer till Nackaprojektets själva lokaler och vardagliga procedurer ger Högström oss viss inblick. I hennes text, *Gör platsen patienten?*, diskuteras hur patientbesökets vanliga rutiner såsom inskrivning och tidsbokning anpassades för att undkomma en traditionell förförståelse av relationen patient-läkare.⁵⁵ Intagningsprocedurerna har, skriver Högström, starkt symboliskt värde då de är vad som omvandlar medborgare till patient. I Nacka psykiatris mottagningar försökte man ”med olika medel att undkomma eller skjuta upp individens transformation till patient”.⁵⁶ Om det i traditionell psykiatri gjordes en väldigt skarp linje mellan individ-patient, om du hamnade på mentalsjukhus var du mentalpatient, skulle lokalerna i Nacka bryta upp detta. De organiserades ”likt en vandring från det öppna till det slutna”: inskrivning gjordes i öppna receptioner, terapi i rum längre in och så vidare.⁵⁷

Nackaprojektet formulerades alltså i Spri-rapporterna som en ny öppen psykiatri, med idéer om samarbete med andra vårdgivare och förebyggande verksamhet i sin grund. Den nya psykiatris avsikt var att minska de kroniskt psykiskt sjuka som satt fast på mentalsjukhus,

⁵³ Hydén, s. 20.

⁵⁴ Ibid., s. 27.

⁵⁵ Ebba Högström, ”Gör platsen patienten? Rumsliga föreställningar i psykiatrin”, från konferensen ”Kultur-Natur: Konferens för kulturstudier i Sverige” (2009), s. 339.

⁵⁶ Ibid., s. 348.

⁵⁷ Ibid., s. 352.

institutioner som på sikt var tänkt att helt försvinna. För att göra detta skulle psykiatrin sippa ut i samhället, hjälpa andra vårdinstanser och bota mentala problem innan de bröt igenom på riktigt. Detta kan förstås som en handikappisering av hur man såg på och motverkade mental ohälsa och resulterade i nya slags lokaler som speglade de nya idéerna. Men det innebar också ett helt nytt slags terapeutiskt arbete.

FAMILJEFOKUS OCH JAG-STÄRKANDE TERAPI

För att implementera det socialpsykologiska perspektivet blev familjeperspektivet en naturlig och nödvändig del. Mentala problem skulle lösas genom att se till den drabbades sociala förhållanden och som oftast är det mest omedelbara av dessa just familjen. Skillnaden i detta nya familjeperspektiv och det traditionella medicinska menar jag kan förstås i referens till vad Sjöström skriver om psykologisk systemteori. Den innebär kort sagt att man ”utgår från att familjen är ett system”.⁵⁸ Det terapeutiska arbetet handlar därmed om hur mentala problem uppkommer i och som resultat av familjeförhållanden – ett grepp en stereotypisk medicinsk psykolog hade kallat att klandra föräldrarna och missa problemens biokemiska orsaker. Men familjefokuset kan och bör, menar jag, också förstås i samband med den radikala psykiatrikritiken. Ett exempel som visar hur de nya psykiatrikerna och den radikala psykiatrikritiken förstärkte varandra i denna fråga har jag redan tagit upp: Cullbergs, och Laings, åsikt att schizofreni till viss del kan förklaras socialt och med den drabbades familjesituation.

Familjefokuset och betoningen av sociala förhållandens roll i stort skulle genomsyra hela Nackaprojektets verksamhet och dess mest praktiska och direkta konsekvens menar jag finns i vad som skrevs om den så kallade stödterapin. Denna beskrevs som ett sätt att inte förändra själva personligheten utan istället erbjuda yttre åtgärder såsom att ge patienten tips på sysselsättning eller rekommendera miljöombyte, att som det står ”hålla personen under armarna”.⁵⁹ Om denna slags terapi presenterades som den ena ytterligheten i Nackas nya terapeutiska arbete var insiktsterapi den andra, den sort som syftar till inre förändring, rör patientens omedvetna och som oftast förknippas med freudiansk psykologi. I mitten av dessa ytterligheter finner vi en annan och ny form – den jag-stärkande terapin.

Tanken bakom den jag-stärkande terapin formulerades som ”pedagogisk påverkan av personligheten” som ett sätt att ”förstärka och utveckla de jag-resurser patienten har”.⁶⁰ Den

⁵⁸ Sjöström, s. 15.

⁵⁹ Spri 1978 appendix 2, s. 23.

⁶⁰ Ibid., s. 3.

bestod av en mängd olika tekniker: hjälp att verbalisera erfarenheter, att visa på förhållningssätt för patientens problem, lugna med ökade kunskaper om mental ohälsa men också att erbjuda familjeterapi.⁶¹ Terapiformen skulle alltså vara både bred och flexibel, det rör sig om det ”kanske mest använda och minst definierade förhållningssättet i psykiatri”.⁶² I rapporterna beskrivs det som att den jag-stärkande terapin varken fokuserade enskilt på yttre omständigheter, som stödterapi, eller bara på omedvetna processer, som insiktsterapi. Istället formulerades den som inriktad på de problem och syndrom som rör inte hela utan delar av patientens personlighet och försökte i detta ta hänsyn till sociala omständigheter.

I den jag-stärkande terapin är tendensen mot handikappisering tydlig – detta märks inte minst i ovanstående citat om att förstärka och utveckla patientens jag-resurser. Med andra ord att hjälpa till i detta att klara vardagen och på så vis undvika att sjukdomsstämpla folk då det kan undvikas. Men idéerna om jag-stärkande terapi vittnar även om hur ett fokus på sociala omständigheter och familjeförhållanden förde med sig ett nytt slags individperspektiv. Det gällde att stärka individens jag-resurser och fokuserades på den enskilda personlighetens förmåga att bättre klara av sociala och mentala bekymmer. På så vis formulerades den nya psykiatri inte bara ett socialt perspektiv som var främmande för det traditionella medicinska perspektivet utan skapade också en ny bild av den enskilde individen och hur psykiatri bör förhålla sig till denne.

Om detta nya individfokus, och den sektoriserade psykiatrins människosyn, vill jag utveckla genom att ta upp Björks *Problemet utan namn?*. Ett av denna boks tre huvudkapitel behandlar just hur psykologin utvecklades i Sverige under 70-talet, närmare bestämt stressdiskursens utveckling under årtiondet. Hon målar i boken en för oss välbekant bild av hur vänsterkritiska och kollektivistiska idéer som dominerat den offentliga debatten påverkade psykiatri och skriver att många av psykiatrins kritiker ”befann sig bara några år senare på andra sidan skranket, i full färd med att konkretisera sina idéer innanför systemets ramar”.⁶³ Men hon beskriver också hur stressbegreppet under 70-talet stod och vägde mellan att vara sedd som individuell eller kollektiv, unik eller klassbunden.

Om tidigare psykiatri fokuserat på människan som biologisk varelse och mental ohälsa som kroppslig gör den nya psykiatrins sociala perspektiv henne unik. Denna vändning är egentligen inte konstig om man beaktar vad de två olika sorters psykiatri fokuserade på. Med

⁶¹ Spri 1978 appendix 2, s. 24-27.

⁶² Ibid., s. 21.

⁶³ Maria Björk, *Problemet utan namn?: neuroser, stress och kön i Sverige från 1950 till 1980* (2011), s. 199.

det slags fokus på människans celler och biologi den traditionella psykiatrin kritiserades för blir individen en av många organismer om än med vissa avvikelser och variationer, som kan leda till psykisk sjukdom. Men med den nya psykiatrins både sociala och mångfaldiga perspektiv blir människan ett resultat av ett flertal sociala, personliga och medicinska faktorer, alltså mer unik. Detta märks väl i den jag-stärkande terapin som skulle mobilisera patientens egna unika jag-resurser för att klara av sin vardag trots, handikappartad, mental ohälsa.

På så vis kan vi förstå hur Björk kommer fram till att på 70-talet trots den kollektivistiska retoriken ”spirade alltså idén om den unika individen som terapeutisk mening och mål”.⁶⁴ Björk, vars studie rör sig på ett mer allmänt plan än min, menar att resultatet av detta blev att självförverkligande prioriterades över samhällsförändring, vilket intressant nog i sin tur hade effekten att självhjälplitteraturen under årtiondet växte.⁶⁵ En sådan omprioritering vill jag inte nödvändigtvis påstå skedde i Nackaprojektets utveckling. För även om Cullbergs retorik i *Läkartidningen* var starkt politiskt betonad, för samhällsförändring, fanns även målet självförverkligande med tidigt i sektoriseringsprocessen, i *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*. De två målen behöver alltså inte ses som hierarkiskt ordnade, i rapporten från 1973 talade man till och med om kombinationen politiskt självförverkligande.⁶⁶ Men det fanns en möjlig konflikt mellan dem, som i grunden härrör från skillnaderna mellan radikal och reformistisk psykiatrikritik. Detta blir tydligt då Eliasson 1979 kritiserade Nackaprojektet, som hon menar drev igenom privatisering och individualisering under falskt flagg av samhällstillvändhet. Den kritiken analyserar jag närmare i analysens sista kapitel.

Björk sätter likt Hydén fingret på ett intressant, och för min undersökning relevant, fenomen inom 70-talets svenska psykiatriska utveckling. Det visar sig hur den nya psykiatrin inte bara intresserade sig för den sociala kontexten och familjeförhållanden utan i detta fokus också fann en ny sorts unik individ. Denna individ såg psykiatrin i Nacka det som sin roll att behandla, med jag-stärkande terapi. På så sätt skapades också idén om att det inte är en biologisk organism som behandlas utan en personlighet och hur denne förhåller sig till sin sociala kontext.

Så formulerades idéer om Nackaprojektets terapeutiska arbete som alltså, likt stressdiskursen, stod och vägde mellan det individuella och kollektiva, unika och sociala. Genom socialt

⁶⁴ Björk, s. 196.

⁶⁵ Ibid., s. 268.

⁶⁶ Socialstyrelsen, s. 77.

inriktad stödterapi och jag-stärkande terapi gjorde psykiatrin i Nacka det till sin roll att ta hänsyn till bägge dessa perspektiv, som inte stod i konflikt utan snarare var två sidor av den nya psykiatrins mynt. Bilden rapporterna och tidigare Cullbergs artiklar utvecklar av psykisk ohälsa blir så en komplex blandning av sociala, personliga och medicinska faktorer. Och med den jag-stärkande terapin handikappiserades begreppet och behandlingen av mental ohälsa ytterligare.

I och med beskrivningen av Nackaprojektets verksamhet och formuleringen av dess avsikt och terapeutiska arbete, som jag ovan har analyserat, har den nya psykiatrin jobbat långt sen den psykiatrikritik Cullberg och sektoriseringen började i. Men frågorna Cullberg ställde och den radikala psykiatrikritiken väckte om psykiatrins möjligt repressiva roll dröjde kvar och, menar jag, arbetades ständigt med i och genom rapporterna. När Eliasson år 1979 gav ut *Den nya psykiatrin i korseld* skulle problematiken kring psykiatrins roll i samhället komma att diskuteras öppet och Nackaprojektets arv från den radikala psykiatrikritiken gjorde sig då åter hört.

ELIASSON OCH PSYKIATRINS NYA ROLL

Vi kan så här mot slutet av analysen påminna oss om vad som, enligt Svensson och Ohlsson, skiljer radikal och reformistisk psykiatrikritik åt: då den radikala kritiken vänder sig mot idén om psykiatrisk vård och kategorin mentala sjukdomar som sådana vill den reformistiska sorten förändra vården och synen på mental ohälsa, då den förstnämnda varianten är skeptisk till socialpsykologi och sektorisering framhåller den andra just dessa alternativ som hoppfulla, om radikalerna fokuserar på psykiatrins problem talar reformisterna hellre om nya alternativ.⁶⁷ I kritiken mot Mentalhälsokampanjen, och *Konsten att dressera människor*, såg vi också hur radikal psykiatrikritik kunde paras med en mer övergripande marxistisk samhällskritik. När Eliasson år 1979 gav ut sin utredningsbok om Nackaprojektet, *Den nya psykiatrin i korseld*, gör sig den radikala, och marxistiska, kritiken sig åter påmind. Boken fyller helt klart de kriterier jag, Ohlsson och Svensson, ställt för radikal psykiatrikritik men innehåller samtidigt hopp om att Nackaprojektet kunde ta en radikal vändning. På så vis kan den sägas ge uttryck för en radikal aspekt av Nackaprojektet som kommer av dess sammanhang med offentlig psykiatrikritik och som fick uttryck i Cullbergs debattartiklar. Fem år efter projektets tillblivelse lyckades boken åter aktualisera grundläggande frågor om psykiatrins natur.

⁶⁷ Ohlsson, s. 47.

Eliasson använde för att analysera psykiatrin en egen form av ideologikritik som hon kallar ett dialektiskt korseldsperspektiv. Den teoretiska formen placerar, i flera kapitel utifrån olika av psykiatrins aspekter, den nya psykiatrin mellan två tänkta motpoler, å ena sidan ett traditionellt medicinskt perspektiv och å andra sidan ett politiskt radikalt sådant.⁶⁸ På så vis skulle bilden av den nya psykiatrin kompliceras och utmanas från olika håll, och den i boken favoriserade radikala politiska kritiken få sin röst hörd. Detta, menar Eliasson, skulle hjälpa Nackaprojektet finna riskerna i sitt projekt och en väg bortom de faror som lurar: att hänfalla åt idealism, omnipotens eller uppgivenhet.⁶⁹

För riskerna anses av Eliasson vara stora att Nackaprojektet ska falla in i, vad hon menar är, psykiatrins traditionellt repressiva roll. Att bekämpa den blir för henne en oerhörd uppgift, som hänger ihop med ifrågasättandet av större samhällsstrukturer, och för att inse detta måste den nya psykiatrin syna sin dolda ideologiska profil. För det är, skriver hon, ”den borgerliga, liberala och individualistiska ideologin som skapar och upprätthåller psykiatrin såväl i sin gamla som nya form”.⁷⁰ För att bekämpa detta måste psykiatrin jobba på att gå från samhällskonserverande mot samhällskritisk, skriver Eliasson och använder så ett ordval som är nästan identiskt med det Cullberg använde i *Läkartidningen*. För just detta, att den nya sortens psykiatri tillåter ett kritiskt perspektiv mot samhället och det traditionella verkar konserverande, var slutargumentet i den första av hans två artiklar.

Men även om det finns likheter mellan Eliassons tankar och Cullbergs tidigare retorik var Eliasson långt radikalare i sitt fördömande av psykiatrins repressiva roll. Och Nackaprojektets försök till samhällstillvändhet gav hon inte mycket för, det är, skriver hon, ”vår tids största ironi” och ”ett av många ideologiska knep” att den kallas så då den nya psykiatrin egentligen verkar privatiserande och individualiserande.⁷¹ Sådana citat visar hur stor skärningen mellan Eliassons radikalism och Nackaprojektets reformism var, en skärning också Cullbergs reaktioner på hennes bok bevisar. I sina memoarer, *Mitt psykiatriska liv* från 2007, beskriver han det som att i Eliassons bok ”framställdes [Nackaprojektet] som en kapitalistisk ulv i fårakläder”.⁷² Att Eliasson framförde en sådan stark kritik beskriver Cullberg som ”helt överraskande” och att hon under sitt fältarbete i Nackas psykiatri fått delta på olika möten,

⁶⁸ Rosmari Eliasson, *Den nya psykiatrin i korseld: en rapport från Skå om Nacka-projektet, psykoterapi och ideologi* (1979), s. 22.

⁶⁹ Ibid., s. 250-260.

⁷⁰ Ibid., s. 35.

⁷¹ Ibid., s. 48.

⁷² Johan Cullberg, *Mitt psykiatriska liv: memoarer* (2007), s. 207.

fester, och visats förtroende kallar han i efterhand ”en obegriplig naivitet”.⁷³ Även Crafoord, som var verksam i sektorisering på annat håll i Sverige och i sin *Den möjliga och omöjliga psykiatrin* bitvis kommer med personliga kommentarer, skriver om kontroversen kring Eliasson. Han ger samma känsla att vara förrådd som Cullberg gör och kallar Eliassons kritik för ”rallarsvingar” och en ”dolkstöt i ryggen”.⁷⁴

De negativa reaktionerna från Nackaprojektets ansvariga menar jag att Eliasson om inte förväntade sig i alla fall såg som en överhängande risk. Hon skriver till exempel i inledningskapitlet till *Den nya psykiatrin i korseld* att hennes konsekventa kritiska perspektiv lett till ”skuldkänslor” för den personal i Nacka hon lärt känna och som hon var rädd att hon med boken skulle göra ”en björntjänst”.⁷⁵ Detta, och Cullbergs reaktioner, betonar åter motsättningen mellan Eliassons perspektiv och Nackaprojektets verksamhet men visar också på hennes sympati för de inblandade i det, och hennes hoppfulla radikalism. Själva det radikala kritiska perspektivet motiverades och försvarades just med att den nya psykiatrin hade kunnat bli något mer, något ideologi- och samhällskritiskt. I ett stycke skriver hon exempelvis att Nackaprojektet hade ”en ganska bra position just för uppgiften att inifrån försöka sticka så många titthål man orkar i den ideologiska luftballong som omger oss”.⁷⁶ Och det är hoppet om Nackaprojektets, på lång sikt, radikala potential som får avsluta boken då, karaktäristiskt nog, Mao citeras: ”Den som faller i grop vinner i vett”.⁷⁷

Så såg alltså Eliassons kritiska bild av Nackaprojektets utveckling ut. Men hur såg den nya psykiatrins självbild ut fyra år efter att verksamheten startat, i fråga om dess möjligt repressiva roll och förmåga till samhällskritik? Svar på det finns inte samlat eller kärnfullt uttryckt någonstans i rapporterna utan formulerades i olika stycken, som till viss del tycks säga emot varandra. Så står till exempel i en rapport skriven av Berggren att mental sjukdom är ”ofta vad befolkningen ej tolererar hos sig själva”.⁷⁸ Detta antyder ett kritiskt förhållningssätt men kan lika gärna tolkas som en kritik av det gamla, i Nackaprojektet kan man föreställa sig att så inte längre sker och frasen kan vara del av en inifrån målad framgångssaga. En sådan tolkning får stöd från där det på annat håll står att ”[h]ela den radikala ideologiska trenden från 60-talet (både allmänpolitiskt och vårdideologiskt) har

⁷³ Cullberg 2007., s. 207.

⁷⁴ Crafoord, s. 40 & 41.

⁷⁵ Eliasson, s. 12.

⁷⁶ Ibid., s. 259-260.

⁷⁷ Ibid., s. 267.

⁷⁸ Spri, *Nackaprojektet 1974-1979, patientregister, patientpopulation vårdkonsumtion, behandling* (1981), s. 9.

fångats upp i en liberal humanistisk tradition som gjort den till sin egen”.⁷⁹ Det citatet kommer dock från en mindre del, skriven inte av Berggren eller Cullberg utan Claes Richter. Med att säga det vill jag inte förminska citatets roll, det är del av Nackaprojektets formulerade självbild, men jag menar att det också ger uttryck för en ökad otydlighet inom verksamheten. Att detta inträffade, och att olika slags röster gjorde sig hörda, menar jag bör ses som en naturlig följd av att projektet företrädde av en mängd personal och existerade inom det offentliga. En sådan position ger inte samma klarhet som den Cullberg hade då han i *Läkartidningen* ensam formulerade sin kritik som dessutom var delvis gjord utifrån ett utifrånperspektiv, som en kritik av det då givna.

Även Cullberg uttryckte sig i rapporterna om psykiatrins roll i samhället. I ett stycke har han en politiskt ton liknande den från hans tidiga artiklar, då han skriver att det inte är konstigt att nydanarna möter på motstånd ”i ett område som är så konservativt och skenbart objektivt som vuxenpsykiatri”.⁸⁰ Men han tar inte fullständigt och tydligt avstånd ifrån psykiatrins kontrollerande roll och skriver, på ett sätt som väl illustrerar tvetydigheten kring psykiatrins nya roll, så här: ”[vi i Nackaprojektet] bör, i viss utsträckning, tillgodose samhällets behov av social kontroll. Samtidigt vill vi ej utvecklas till att bli en passiv tillsynsfunktion åt de makthavande i samhället”.⁸¹ Här uttrycks en risk om att psykiatri skulle kunna bli allt för kontrollerande och därmed också ett bakomliggande kritiskt perspektiv till dess roll i samhället.

Nackaprojektets självbild när det gäller dess roll i samhället så som den uttrycks i rapporterna är alltså oklar. I citaten från Cullberg ser vi hur den drar mot ett mer kritiskt håll, men på ett vagt sätt. När Eliasson ett år efter det att rapporterna skrivit klart sin bok utifrån ett marxistiskt och konsekvent radikal psykiatrikritiskt perspektiv krockar dess bild av Nackaprojektet med den officiella, oklart reformistiska självbilden. Kontroversen kring boken visar på en skärning mellan radikal och reformistisk psykiatrikritik som i själva verket funnits redan i början av 70-talet, men inte debatterats öppet då kritiken från radikalerna och reformisterna var enad mot den traditionella psykiatri. Denna slumrande, möjliga konflikt såg vi i jämförelsen mellan Socialstyrelsens rapport från 1973 och Håkanssonss pessimism gentemot den sektoriserade psykiatrins tendens att inkludera allt fler beteenden i kategorin onormalt och mentalt ohälsosamt. På så vis var kontroversen mellan Eliasson och Cullberg,

⁷⁹ Spri 1978 appendix 3, s. 26.

⁸⁰ Spri 1978 huvudrapport, s. 35.

⁸¹ Ibid., s. 83.

den öppna brytningen mellan det radikala och reformistiska, en inneboende möjlighet redan då den nya psykiatrin började tänkas och planeras för.

Ur detta perspektiv ändrades inte idéerna om psykiatrins roll med tiden och Nackaprojektets utveckling. Snarare var de från början lika den radikala psykiatrikritiken i skepsisen mot den traditionella psykiatrin, vilket märktes tydligt i Cullbergs artiklar, men hela tiden mindre klara kring den sektoriserade psykiatrins möjligt repressiva roll. Innan rapporterna började ges ut 1978 hade man inte behövt öppet uttrycka sin ståndpunkt och när de skrevs klart, fyra år efter verksamhetens start och framåt, blev resultatet otydlighet med vissa försök att behålla den kritiska retorik som användes för att angripa den traditionella psykiatrin. Att man inte klart och entydigt uttryckt sin roll i samhället betyder däremot inte, menar jag, att frågan inte ställts och behandlats. I själva verket är dilemmat kring psykiatrins roll en röd tråd som går genom både rapporterna och min analys. Detta märks tidigt där det i skriften från 1973 står att man endast vill vara komplement till det medmänskliga ansvaret, i det att man försökte undvika att ”psykiatrisera” allt för många mänskliga problem och i de terapeutiska behandlingarnas försök till inkluderande av både det individuella och sociala, kollektiva. Allt detta ger uttryck för en process i vilken psykiatrin i Nacka skapade nya definitioner av mental ohälsa och svarade på frågor om sin egen roll i samhället, frågor som till en början formulerades av en mer övergripande psykiatrikritik och ställdes inom psykiatrin, och i *Läkartidningen*, av Cullberg.

Samtidigt ändrades Nackaprojektets idéer om sig själv på ett sätt, i och med att verksamheten blev offentlig och flera olika röster såsom Richter gjorde sig hörda. Detta sker som en naturlig följd av att den nya psykiatrin blev en institution inom det offentliga och att den förväntades utföra traditionella psykiatriska uppgifter, vilket kan förklara Cullbergs lite försiktiga påstående att viss social kontroll bör ske. Sådana idéer formulerades alltså cirka fyra år efter Nackaprojektets tillblivelse, inte långt efter 68-årens radikalism. Vad som hänt sedan dess i och med sektoriseringen av hela Sveriges psykiatri och institutionaliseringen av den nya psykiatrin, om rötterna till den radikala men också reformistiska psykiatrikritiken helt har skurits av – det är en annan uppsats.

SAMMANFATTNING

Syftet med min uppsats var att utreda vilka idéer om mental ohälsa och psykiatrins roll i samhället som utvecklades i och med sektoriseringen av psykiatrin och som tog uttryck i Nackaprojektets skrifter. Något som har slagit mig under skrivandets gång är hur tätt sammanbundna och av varandra beroende dessa idéer har varit, de om psykisk ohälsa och psykiatrins roll. I den offentliga radikala psykiatrikritiken som florerade under 68-åren märktes detta tydligt – Hardings antydande om att vissa demonstranter vore mentalt störda ansågs vittna om psykiatrins repressiva roll och Mentalhälsokampanjens försök att utsträcka psykiatrins roll till arbetslivet menades vara ett sätt att sjukdomsstämpla avvikande element. För den radikala psykiatrikritiken verkade dessa två psykiatrins aspekter i maskopi för en större förtryckande strukturs sak. Men även i Cullbergs och hans expertgrupps kritik av den traditionella psykiatrin framställdes det som att idéerna om mental ohälsa och de om psykiatrins roll verkar i samarbete. Inte bara den gamla psykiatrins samhällskonserverande roll angreps, i *Läkartidningen*, utan också vad man kallade dess inskränkta biologiskt-medicinska syn kritiserades, i Socialstyrelsens rapport.

När Nackaprojektets ansvariga formulerade sina egna svar på frågor om mental ohälsa och psykiatrins roll var detta en, och inte två, process(er). Samarbetet med andra vårdgivare och det förebyggande arbetet skulle få den nya psykiatrin att uppnå sin nya avsikt, och iklä sig sin nya roll, som en samhällstillvänd psykiatri. Bilden av mental ohälsa dessa nya verksamheter skapade var, som Hydén påpekar, handikappiserad – vilket passade psykiatrins önskan om att inte frånta patienten dennes vanliga sociala kontext vid behandling. Detta hjälpte den jagstärkande terapin ytterligare, en terapi som vi genom Björk fann ha effekten av ett nytt individfokus. För Eliasson var sambandet mellan idéer om mental ohälsa och psykiatrins roll i samhället lika klart som för tidigare radikal psykiatrikritik: den förtryckande bild av mental ohälsa psykiatrin skapar tjänar direkt psykiatrins repressiva roll och vice versa. Kontroversen mellan Cullberg och Eliasson, reformistisk och radikal psykiatrikritik, var en sen länge potentiell konflikt och gällde såväl idéer om mental ohälsa som psykiatrins roll. Men det var kanske också en kontrovers som orsakades av, och visar på, likheter lika mycket som skillnader mellan radikal och reformistisk psykiatrikritik. För de två varianterna av kritik har som vi sett inspirerat och samarbetat med varandra i upprotandet av traditionella idéer om mental ohälsa och psykiatrins roll. Eliassons förhoppning om Nackaprojektets möjliga radikala vändning och Cullbergs förrådade intryck ger så sett bägge uttryck för ett visst grundläggande samröre mellan den radikala och reformistiska psykiatrikritiken.

KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

Björk, Maria (2011). *Problemet utan namn? [Elektronisk resurs] : neuroser, stress och kön i Sverige från 1950 till 1980*. Diss. Uppsala : Uppsala universitet, 2011

Crafoord, Clarence (1987). *Den möjliga och omöjliga psykiatrin: utveckling och erfarenheter av sektoriserad psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur

Cullberg, Johan (1971). "Målsättning- och resursproblem inom psykiatrin" i *Läkartidningen* 1971:52, s. 6085-6092.

Cullberg, Johan (1972). "Den medicinska modellens plats inom psykiatrin" i *Läkartidningen* 1972:37, s. 4094-4098.

Cullberg, Johan (2007). *Mitt psykiatriska liv: memoarer*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur

Eliasson-Lappalainen, Rosmari (1979). *Den nya psykiatrin i korseld: en rapport från Skå om Nacka-projektet, psykoterapi och ideologi*. Stockholm: Prisma

Ericsson, Kjell, Persson, Lars G. & Svensson, Roland (1989). *Psykiatri i omvandling*. 1. uppl. Stockholm: Liber

Frenander, Anders (1998). *Debattens vågor: om politisk-ideologiska frågor i efterkrigstidens svenska kulturdebatt = [In the heat of the debate] : [on political-ideological questions in the Swedish cultural debate during the postwar period]*. Diss. Göteborg : Univ.

Hydén, Lars- Christer. "Den "nya" psykiatrin - från sjukdom till handikapp" i Sjöström, Stefan (red.) (1998). *Nya kulturer i psykiatrin*. Lund: Studentlitteratur

Högström, Ebba (2009). "Gör platsen patienten?: Rumsliga föreställningar i psykiatrin", bidrag i konferensen "Kultur-Natur; Konferens för kulturstudier i Sverige". Linköping University Electronic Press.

Ohlsson, Anna (2008). *Myt och manipulation: radikal psykiatrikritik i svensk offentlig idédebatt 1968-1973*. Diss. Stockholm : Stockholms universitet, 2008

Ottosson, Jan-Otto (2003). *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur och kultur

Reeder, Jurgen (2006). *Psykoanalys i välfärdsstaten: profession, kris och framtid*. Eslöv: Östlings bokförlag Symposion

Sjöström, Bengt (2000). *Den galna vården: svensk psykiatri 1960-2000*. 1. uppl. Lund: Bokbox

Socialstyrelsen (1973). *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation: rapport från expertgrupper : remisshandling*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Spri, Berggren, Bengt & Cullberg, Johan (1978). *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet*. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinst.

Spri, Berggren, Bengt & Cullberg, Johan (1978). *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 1,Handledning i psykoterapi*. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinst.

Spri, Berggren, Bengt & Cullberg, Johan (1978). *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 2, Psykoterapeutisk verksamhet*. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinst.

Spri, Berggren, Bengt & Cullberg, Johan (1978). *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 3, Förebyggande verksamhet : Nackaprojektet*. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinst.

Spri, Berggren, Bengt & Cullberg, Johan (1979). *Nacka-projektet: bakgrund, praktik, erfarenhet. Appendix 4, Konsultationsverksamhet*. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinst.

Spri, Cullberg, Johan & Stefansson, Clas-Göran (1981). *Nackaprojektet 1974-1979: [The Nacka project 1974-1979] : patientregister, patientpopulation, vårdkonsumtion, behandling*. Stockholm: Spri

Spri (1981). *Nackaprojektet 1974-80: en sammanfattning*. Stockholm: Spri

Svensson, Tommy (1997). *Psykiatri, reformer och revolution: om radikal svensk psykiatrikritik åren kring 1970*. Jönköping: Hälsöskolan

Topor, Alain (1985). *Mentalvård i frihet*. 1. uppl. Stockholm: LiberFörlag