

Psykisk ohälsa i välfärdssamhället

Johan Cullberg

Psykiatri måste byggas ut, komma närmare människor. Samtidigt måste vi få in en social analys, så att vi ser vad det är vi håller på med, sade Johan Cullberg i sitt anförande. Idag står psykiatri i ett slags brytningssituation, där allt fler blir intresserade av att komma in ett steg tidigare – inte bara behandla människor när de sökt till vårdapparaten, utan också se: varför har de kommit dit? Kan man förebygga? Orsakerna till många av de problem som psykiatri möter idag kan lokaliseras till arbetslivet, menar han och slutar sitt inlägg med ett konstaterande och en fråga: Livstakt och produktionshets bestäms av intressen i samhället som måste lyftas fram och hållas ansvariga. Och vi måste fråga: Vill vi ha det så här? Vilka är det som tjänar mest på välfärden idag?

Johan Cullberg är docent i psykiatri och klinikchef för Nackaprojektet.

Psykiatri står idag i ett slags brytningssituation, där allt fler blir intresserade av att komma in ett steg tidigare – inte bara behandla människor när de sökt till vårdapparaten, utan också se: Varför har de kommit dit? och fråga: Kan man hindra detta? Kan man komma in tidigare?

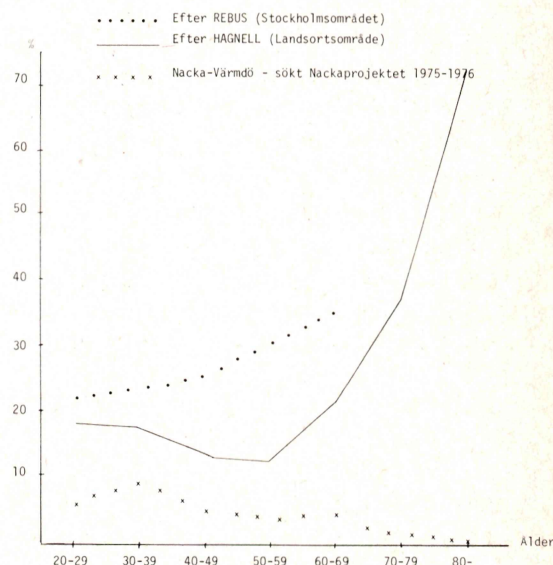
Mitt eget intresse har blivit allt mer socialpsykiatriskt. Därmed blir det också en politisk fråga: Hur ska vi tolka detta ur samhällets perspektiv?

Kvantitativa aspekter på psykisk ohälsa

Jag vill först peka på hur det ser ut ur en epidemiologisk aspekt. Figur 1 visar några kurvor, som man omedelbart bör misstro. Men siffrorna finns och ger en del att tänka på.

Den heldragna linjen är en grafisk omtolkning av en internationellt känd svensk studie, den sk Dalbyundersökningen, som Hagnell gjort. Den visar en del av storleksordningarna. Vi ser att incidensen av psykiska störningar, ökar starkt med stigande ålder.

Figur 1. Mängd psykiska störningar enligt olika epidemiologiska undersökningar samt patienter som sökt psykiatrisk öppenvårdsmottagning.



Han har undersökt en landsortsbefolkning. Det stora lyftet visar hur man med stigande ålder får svårare att klara sig psykiskt.

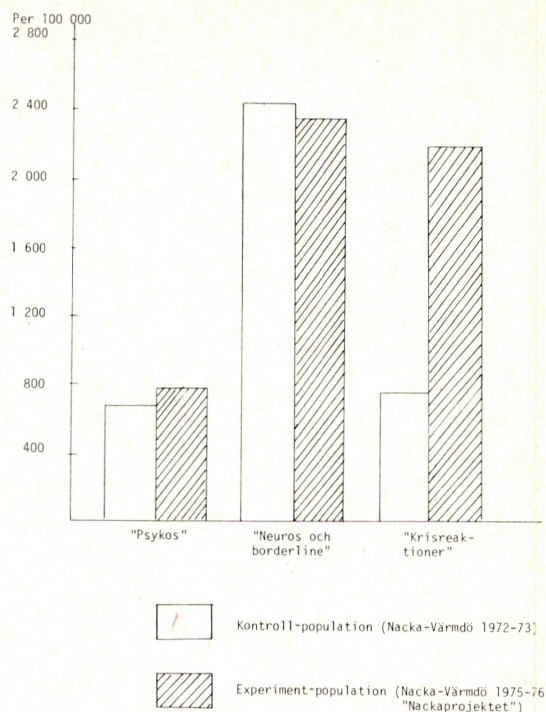
Den punktade linjen representerar en studie som gjorts för några år sedan och just nu håller på att publiceras i avhandlingsform (Björk 1977). Gunnar Inghe var initiativtagare till studien – REBUS-undersökningen – där man undersökt ett par tusen individer från Stockholms-området för att se i vilken utsträckning de har psykiska och fysiska besvär. Erfarna psykiatrer har undersökt varje person. Det är ett representativt urval, men man har begränsat sig till åldersgruppen upp till 65 år. Dessa psykiatrer finner att ett medeltal på 29 % av befolkningen har måttliga eller svåra psykiska besvär. Sedan finns en mängd som har lättare psykiska besvär och ytterligare en grupp som inte har några besvär alls – hur nu sådana människor ser ut.

Jag har också en kurva över hur många i befolkningen som kommer till en väl utbyggd psykiatrisk mottagning. Det är den kryssade linjen. Den visar hur många som kommer till Nackaprojektet, där man fått resurser att bygga ut verksamheten, decentralisera den och gå ut nära befolkningen. Vi ser att mellan en fjärdedel och en femtedel av den befolkning som anses ha psykiska problem kommer till denna utbyggda psykiatriska mottagning.

Det finns inslag i debatten som säger att vi håller på att "psykiatisera" befolkningen genom att för mycket bygga ut vårdresurserna. Det är dock fyra femtedelar av de "störda", som inte söker psykiatrisk hjälp. Jag tror också det är viktigt att inte alla kommer till oss. Livet är ju en riskabel affär som måste kosta ångslan och oro. Är vi engagerade och lever intensivt mår vi illa ibland, bra ibland. Detta får inte alltid bli psykiatri. Men om dessa känslor blir olösbara måste man kunna få bra hjälp.

Jag vill också visa vilka det är som kommer till de psykiatriska mottagningarna i Nacka-Värmdö, vilka typer av besvär de har. Det rör sig således om 5–6

Figur 2. Patienter per 100 000 i olika diagnostiska kategorier.



% av befolkningen. Figur 2 visar andelarna psykos respektive neuroser och borderline – dvs de som är klart psykiskt störda. Den tredje gruppen är de vi kallar för krispatienter. Det är personer som drabbats av definierbara livsproblem, som gjort det svårt för dem att fungera, gjort att de börjat supa, gjort självmordsförsök eller på annat sätt tappat taget i tillvaron. De har tidigare fungerat ganska bra, men kommer nu till oss.

Normalitetsidealet

När det gäller dem som anses symtomfria vid epidemiologiska undersökningar anser jag att man med fog kan ställa frågan: Vad är det för människor? Vilka ideal har vi idag? Vad innebär det att vara psykiskt normal?

Man kan inte gå förbi frågan om det psykiska normalitetsbegreppet därför att det är så infekterat, banaliserat och outrett. Ska man vara utan oro? Är det den normala människan? Ska man känna oro

.....
Ett medeltal på 29 % av befolkningen har måttliga eller svåra psykiska besvär.
.....

ganska ofta för att vara en riktigare människa? Vem lever mest – och bäst?

Jag tänker inte ta upp den statistiska normen, dels ingår den inte i ämnet, dels tycker jag att den är ganska ointressant. Jag ska i stället behandla ett normalitetsbegrepp som vi rör oss med, som har med värderingar och människosyn att göra.

Det är normalitetsklichén – myten om den normala människan – som jag anser är en farlig och idag mycket påträngande verklighet. Många av dem man möter som patienter undrar: "Är detta normalt?" eller "Är jag onormal?" Att man är orolig, ledsen eller känner på ett visst sätt är orosungar som ska motas bort, ofta på ett medicinskt sätt. Man ser inte sin oro som uttryck för viktiga signaler.

Den "normale" i den här meningen är behärskad i känslor och uttryck, är trevlig och populär. Han ska inte vara påträngande eller gå särskilt djupt i sina kontakter utan ha ganska lätt för oselektade ytkontakter. Han ska ha ett normalt sexuelliv, tänka normala tankar, inte vara särskilt upptagen av känslor av meningslöshet eller fundera på varför han finns till. Tankarna ska handla om det som är normalt, rimligt och riktigt. Att han har ett drömliv där han uttrycker det som trängs ned bakom normalitetsrustningen sex eller åtta timmar om dygnet glöms bort. Han ska konkurrera starkt utan att det märks utåt. Är det en man ska han ha en hustru som stöder honom, som inte ifrågasätter hans liv – att han inte är hemma, att han inte träffar sina barn. Han ska inte känna hopplöshet eller oro. Är det en kvinna ska hon vara dubbelarbetande utan att det märks på nagellacket.

Den här individen är ganska ny. Den har kallats *Aniaramänniskan*. Aniaramänniskan blir allt vanligare idag. Den går igen i tysk, engelsk och amerikansk psykoanalytisk litteratur. Den kallas där för den *narcissistiska personligheten* – en personlighet

Man kan inte gå förbi frågan om det psykiska normalitetsbegreppet därför att det är så infakterat, banaliserat och outrett.

Det man får ekonomiska eller sociala fördelar av får en starkt inpräglade effekt.

som idag odlas fram ganska medvetet.

Det finns olika krafter som stöder denna normalitetsbild: Det är marknadsekonomiska intressen – den som vill ha en anställning ska ha den här typen av personlighet för att ha största möjliga chans att få platsen. Det blir alltså en slags ekonomisk nödvändighet. Det man får ekonomiska eller sociala fördelar av får en starkt inpräglade effekt.

En annan stödjande kraft är den positivistiska psykiatrin, forskningen, som i sin vetenskap arbetar med att separera sjukt från normalt. Där räknas ofta symtomfrihet som friskhet och symtom som sjukdom. Vi har också den ständiga uppbackaren av det vetenskapsidealet, läkemedelsindustrin, som stöttar ekonomiskt och ideologiskt.

Den här normalitetsklichén står alltså i kontrast mot den levande människan som rör sig mellan poler av engagemang, glädje, sorg, förtvivlan, svek och solidaritet. Det är viktigt att ha denna normalitetsbild klar för sig när man ska försöka se vilka krafter som påverkar våra ideal.

Välfärdens kostnader i psykisk ohälsa

Vad är nu välfärd i detta? Jag tänker på invitationen till det här symposiet. Där beskrevs välfärden i termer av *levnadsstandard*, BNP per invånare, av *trygghetssystemet*, liksom av *sjukvårds- och behandlingsystemet* och de enorma resurser vi har satt in där.

Dessa uttryck har sina motsatser. I BNP per capita finns också det hårda kravet att se till att ekonomin lever och fungerar. Då kommer det som började hända på 50-talet in – nämligen att man styrde in välfärdsutvecklingen i en stordrift. Då kom lokaliserings- och strukturrationaliseringspolitiken igång på allvar. För att vi skulle kunna hålla levnadsstandardens utveckling offrades den yttre tryggheten för 100 000-tals människor. Lokaliseringspolitiken innebar en mängd uppbrott.

Trygghetssystemet har också sin motsats. Det används på ett icke särskilt tryggt sätt genom att det

.....
Förtidspensioneringarna som stigit kraftigt de senaste tio åren döljer mycket arbetslöshet och psykiska effekter av arbetslösheten.
.....

ser till att de som inte klarar sig får sin förtidspensionering, sin sjukförklaring. Enligt Hans Berglinds undersökningar vet vi att förtidspensioneringarna som stigit kraftigt de senaste tio åren döljer mycket arbetslöshet och psykiska effekter av arbetslösheten.

Samma sak gäller behandlingssystemet som på ett ganska oselektivt sätt behandlar mycket av det man satt igång genom de våldsamma förändringar som skett i landet och i människors livssituation. Trygghets- och behandlingssystemet blir en konsekvens av den hårda ekonomiska styrningen och intresseinriktningen. Det många tror är en gåva är i stället en mycket ringa betalning för vad utvecklingen har kostat dem.

Jag vill se vissa andra dimensioner av välfärd än de som definierades i inbjudan hit. Eric Allardt, professor i sociologi i Helsingfors, har gjort en stor internordisk studie av välfärd. Han har tre dimensioner, som han kallar "att ha, att älska, att vara". Dem gör han sedan om i operationella termer. Jag tycker att de här dimensionerna blir obscena när vi har diskuterat välfärdsbegreppen i de mer tekniska begrepp som vi har använt.

"Att ha" innebär att kunna känna att man äger något, att ha något som sitt eget.

"Att älska" innebär att ha en samhörighet, att ha levande relationer med andra människor, stå i dialog.

"Att vara" är att känna sig icke utbytbar, framför allt på arbetsplatsen, och att ha en meningsfull livssysselsättning. Det står alltså mot alienationsbegreppet.

Vilka ges möjlighet till dessa tre dimensioner genom välfärden? Vilka ges inte möjlighet? Vilka är det som betalar med psykisk ohälsa?

Det återstår ett gigantiskt, tvärvetenskapligt arbete att samla ihop det material som finns. Det jag nu ska ta upp, är realiteter som bygger på klinisk erfarenhet och forskning.

Vilka är det alltså som betalar välfärden med psykisk ohälsa? Först vill jag ta upp de *tvångsflyttade familjerna*. 100 000-tals som med svält- eller lockmetoder tvingades från sina ursprungliga boendemiljöer. Deras sk informella hjälpstrukturer förstördes och de formella strukturerna har blivit notoriskt dåligt utbyggda. Uttrycket kommer från Karin Tengvald och andra som skiljer på formella och informella hjälpstrukturer runt människor. De informella hjälpstrukturerna, närmiljön, har burit upp mycket av människors förmåga att klara livskrisssituationer som separationsupplevelser, dödsfall, sjukdom, arbetslöshet och barnafödslar.

Den andra kategorin är *medelålders familjer*, som är bärare av många gånger abnorma förväntningar på att kompensera för ett *meningslöst arbetsliv, eller brist på arbetsliv*. Det ställs krav på partnern och barnen att vara kompensatorer för mycket av enahanda och tomhet i livet. De kraven blir högre genom massmedia och den normalitetsideologi som jag tidigare berört. Hur ska vi vara? Hur ska en normal familj vara?

Den tredje kategorin är *småbarnen* som placeras i stressiga dagismiljöer – om man över huvud taget har en dagisplats. Dagismiljöerna har ofta dålig kvalitet. Trötta barn hämtas av trötta föräldrar, som inte vet hur de ska orka med sina barn och då tyngs av skuld känslor.

Vi har gruppen *ensamma, frånskilda*, som är mycket överrepresenterad bland psykiatriska patienter. *Åldringarna*, de isolerade, de onödiga. De som är otillräckliga för arbetslivet, som håller på att stötas ut, som inte klarar de höga prestationskraven, som är *känsliga* och har *psykiska ömtåligheter*. Detta avslöjas obarmhärtigt i de hårda kraven i arbetsmiljön.

Den sista gruppen är *samhällets stora kontrastgrupp*. Den som ett samhälle som vårt har och kom-

.....

Det ställs krav på partnern och barnen att vara kompensatorer för mycket av enahanda och tomhet i livet.

.....

Man har en grupp inför vilken man kan säga att "dit hör inte jag".

mer att ha – kriminella, narkomaner, psykiskt sjuka. De som människor är tacksamma att ha utanför sig, där man kan kontrastera, projicera sin egen existensiella utsatthet. Man har en grupp inför vilken man kan säga att "dit hör inte jag". Den gruppen är mycket viktig för människors balansupplevelse.

Idag talar vi mycket om hur kriminella och narkomaner är och har det. Tidningarna är fulla av detta. Det gäller även de psykiskt sjuka. Jag vill göra en drastisk liknelse med förr. Fram till slutet av 1800-talet hade vi offentliga avrättningar, som också var ett sätt att projicera sin egen inre vända och behov att definiera sig på den trygga sidan. Idag har vi detta. Därför är vi mycket dubbla i vårt förhållande till dessa grupper. Dels vill vi hjälpa dem, dels finns ett mycket starkt krav att de ska finnas kvar. Vad skulle vi ta oss till om de inte fanns?

Figur 3 illustrerar vad omflyttningsfaktorerna, den första kategorin, kan betyda rent psykiatriskt. I vårt patientmaterial i Nacka har vi tittat på två stora nyinflyttningsområden och jämfört dessa patienter

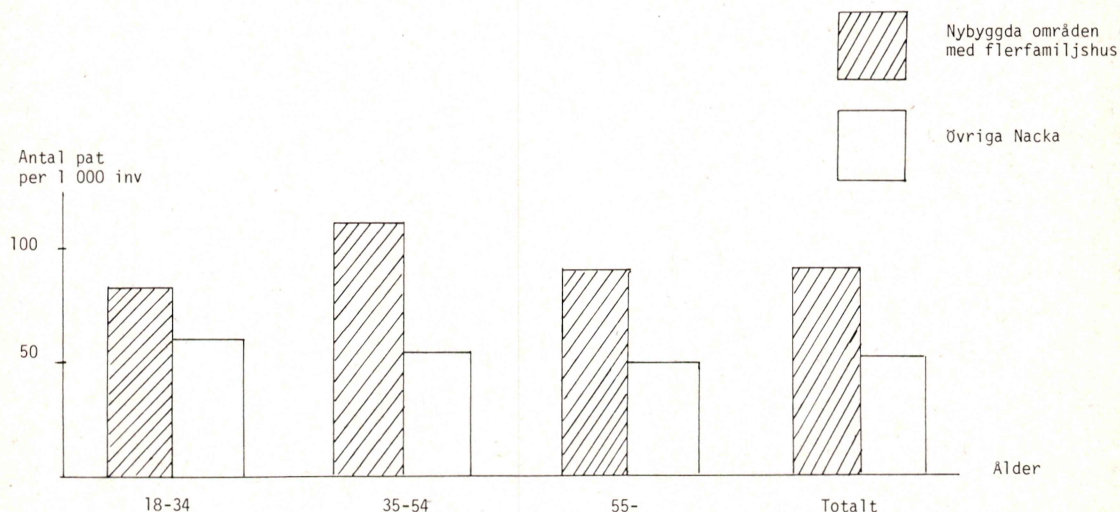
mot hela övriga Nacka. De streckade fälten betecknar ett engenerationssamhälle som håller på att bli tvågenerations. De vita fälten är två- till tregenerations. Vi ser att det är nästan dubbelt så många patienter som kommer från de nya områdena även om man kompenserar för åldersskillnader, och fastän Nackaprojektet är lika lättåtkomligt för de andra områdena. Det är inte i olikheter i socialgrupper de intressanta skillnaderna ligger. I dessa områden har folk få sk informella hjälpstrukturer. Många har inte någonstans att vända sig i svåra skeden av livet. Den psykiatriska mottagningen blir då mycket nödvändig för vissa. Andra vänder sig till allmänläkarmottagningen, där de kanske får medicin och stöd. De vänder sig också till socialbyråerna. Det är inte samma individer som kommer till de tre olika ställena. Det är olika individer, men det är ofta likartade problem bakom deras besök.

Hur ser ohälsan ut?

Vilken slags psykisk ohälsa kan man då säga hör ihop med samhällsfaktorer, med de förändringar jag har talat om?

På det nära planet, det som ännu inte blivit psykiatri, ser vi relationsproblem, geografisk isolering, människor som är ensamma rent fysiskt. Vi ser den känslomässiga isoleringen. Man har mycket

Figur 3. Antalet psykiatriska patienter från nya områden med huvudsakligen flerfamiljshus, resp övriga Nacka 1975–76, uppdelat på åldersgrupper per 1 000 invånare.



Dialogen som mänskligt kontaktinstrument är ofta ett undantag idag.

lite att tala med varandra om. Man har talat färdigt på något sätt. Det finns ofta fullt av otillfredsställda förväntningar på partnern. "Om jag vore gift med en annan, skulle mitt liv se annorlunda ut. . . ". Detta "om jag vore" tror jag är mycket vanligt idag, eftersom vi får så många bilder av hur relationer "egentligen" ska vara.

Man har svårigheter att "lyssna fram" partner och barn. Man brukar säga lyssna på, men det handlar också om att dialogen är en aktiv process, som jag tror att människor vet rätt lite om idag, därför att vi hela tiden är så starkt konsumerande. Dialogsituationen är något man måste lära från tidig ålder och vidmakthålla. Dialogen som mänskligt kontaktinstrument är ofta ett undantag idag.

Vi har flyktreaktioner, där konsumtionen är den stora flykten. Det är en märklig sak som sker i så många svenska hem idag att från det man ätit sin middag tills man ska sova sitter man och ser på TV. Man talar inte med varandra annat än om nödvändigheter och då ofta i spända morgongräslor, när man ska lämna barn eller göra upp veckans pass. Flyktreaktionerna består också av alkohol, droger och liknande.

Dessa misslyckandeupplevelser internaliseras så att man tar in dem och upplever sin egen dålighet. Något man sedan vill förneka och skylla på andra. Men under finns känslan av att inte duga till, det är ens eget fel. Det är alltså den strukturella problematiken omvandlad till en psykologisk problematik.

Detta psykologiska underlag skapar symtom som vi möter i vårdapparaten. Stresssymtom och psykosomatiska symtom. Nyligen stötte jag på ett exempel på psykosomatiska symtom som jag tycker är intressant. En forskare inom läkemedelsindustrin har undersökt hur mycket hypertenimedicin man sålt i olika län. Han kom fram till att avfolkningslänen har en avsevärt större försäljning än andra län. Då kan man fråga sig: Har detta någon korrelation till arbetslöshet?

Alkohol och läkemedelsmissbruk hör till de största psykiatriska problem vi har att arbeta med.

Vi har de destruktiva krisreaktionerna vid yttre svårigheter. Idag har vi så lite bilder av hur man klarar sina kriser och mycket få normer, yttre stöd, i utsatta livssituationer. Då blir krislösningarna ofta destruktiva. Samhället måste då kunna träda in och stötta – inte för att bota krisen, det gör man inte, utan för att försöka göra den normala läkningsprocessen mindre destruktiv.

Alla psykiska besvär orsakas inte av samhället. En stor del gör det, men det är inte fråga om ett antingen eller. En stor grupp är ålderssjukdomarna, som kommer av att vi har minskat dödligheten och förlängt överlevnaden hos människor. Den ökade fysiska överlevnaden skapar olika åldringsproblem av psykisk art.

Det finns två poler i dagens välfärdssamhälle. Den ena är de översysselsatta den andra de undersysselsatta. Det finns mycket lite mitt emellan. Det är klart att det finns, men hälsan tigger still. Däremot märker vi mycket av de över- och undersysselsatta grupperna. Med undersysselsatt menar jag också att dessa människor känner sig utbytbara.

Vad gör man?

Hur ska vi då arbeta med de problem vi har? Jag kom att tänka på en erfarenhet jag har från en skyddad verkstad som jag besökt. Där finns 30–40 klienter, till största delen psykiskt skadade och alkoholskadade. De sitter där en och en vid sina maskiner och ska göra kuvert eller plastdetaljer. Så finns en rad förmän som inte har någon psykiatrisk eller psykologisk utbildning och ska stötta de här människorna. Då och då bryter klienterna ihop och börjar gråta, kommer inte, super ner sig. Förmännen rusar till, lyfter upp dem, pratar med dem, är jättebussiga. Och så sitter de på sina platser igen. De sitter där ett halvår, ett år och vi vet att mycket få kommer vidare någonstans.

Vi måste bygga ut psykiatrin, få den närmare människor.

.....
*Vi måste på allvar börja diskutera förhållan-
det att det inte finns något att göra när männi-
skor pensioneras eller inte har något arbete.*
.....

Detta fullständigt bisarra psykistriska be-
handlingsinstitut, som det ju faktiskt är fastän det
inte kallas så, liknar ibland psykiatrin och sjukvår-
den i stort tycker jag.

Man sitter utan social analys, utan att se vad man
håller på med och gör behjärtansvärda individin-
satser. Man lappar och lagar och har modeller som
allt mer börjar humaniseras. Den gamla gräsliga
veterinärpsykiatrin börjar ersättas med moderna
metoder, psykoterapi och farmaca som inte bryter
ned på samma sätt som förr. Men fortfarande sker
det utan någon medveten ansats till social analys
och förståelse av psykiatrin som samhällsfenomen.

Parallellt med detta ser man hur folk går omkull
rätt mycket inom företagen. Man börjar då ropa
efter psykiatriska konsulter. För något halvår sedan
höll en privat konsultbyrå en konferens i Stock-
holm, där man erbjöd sina tjänster åt företag, d v s
att rycka in som terapeuter när någon krisar och på
det sättet hjälpa företaget från att se över de arbets-
förhållanden man erbjuder de anställda. På många
företag är den medmänskliga kontakten reducerad
till ett minimum mellan de anställda. Och då kallar
man på experter i stället. Chefer och lite högre
tjänstemän skickas på sensitivitetsskurser för att de
ska komma loss och känna lite grann. Ett slags
desperat negativ till den robotiserade människobil-
den, Aniamänniskan.

Den tredje stora satsningen, efter psykiatri och
företagspsykologi, även den förståelig men ganska
överklig för många, är satsningen på egenvård.
Människor som inte har möjlighet att förstå sin
situation, som inte har någon historisk bakgrund där
de lever, kan inte bedriva någon vidare egenvård.

Det är till för dem som har gynnats av välfärdsut-
vecklingen.

Jag säger inte detta för att spela ut insatser mot
varandra utan för att ta in mer av orsaker och bak-
grund i diskussionen om hur människors mental-
hälsa ska stöttas. Det finns saker vi kan göra.

Vi måste förbättra psykiatrin, få den närmare
människor. Som jag visade är det normalt en ganska
liten del av befolkningen som kommer i beröring
med psykiatrin. Jag tror inte det ska vara så mycket
mer. Risken är då inte att man psykiatriserar sam-
hällsproblem i någon större utsträckning genom
psykiatrin, utan mer att man psykiatriserar genom
andra insatser. Allmänläkarna är våra stora forskri-
vare av lugnande medel. Vi måste undersöka psy-
kiatrins och mentalvårdens funktioner. För vem är
den? Hur mycket ska läkarna ha expertfunktionen
över allt detta? Hur ska vi se till att arbetsmiljön blir
sådan att där kan utvecklas relationer som tidigare
funnits? Hur ska vi få människor att arbeta i grup-
per, känna en relation, en icke-utbytbarhet på ar-
betsplatsen, så att den som har det jobbigt hemma,
eller super, kan få ett bemötande av sina arbetskam-
rater som gör att de inte bara skickas bort till en
läkare eller sköterska och så småningom till förtids-
pensionering.

Vi måste på allvar börja diskutera förhållandet att
det inte finns något att göra när människor pensio-
neras eller inte har något arbete. Det måste finnas
möjligheter för människor att göra halva jobb för
lägre lön eller ingen lön alls. De måste få menings-
fulla sysslor. En allvarlig broms där är den i och för
sig viktiga fackliga medvetenheten som idag inte
tolererar sådana lösningar.

Jag ska sluta med att konstatera att livstakt och
produktionshets bestäms av intressen i samhället.
Vi måste lyfta fram dem och hålla dem ansvariga.
Fråga vad vi människor vill. Vill vi ha det så här
eller inte? Vilka tjänar mest på den välfärd som vi
har idag?