

# Tredela psykiatrin — så att den kan enas!<sup>1</sup>



**Bengt Berggren**

## Finns det inte en anti-mental-health movement?

Det finns ett motstånd, ett irrationellt osakligt motstånd mot psykoterapi och mot mentalhygieniska aktiviteter i stort, inom sjukvården och på många håll i samhället.

Det här motståndet har i U.S.A. identifierats och studerats ganska väl vid det här laget. Det finns en bok som heter "Psychiatry and antipsychiatry" skriven av en författare som heter Cooper och det finns en rad artiklar bl.a. en i American Journal Psychiatry augusti 1963 av Auerback, "The anti-mental-health movement". The anti-mental-health movement har blivit ett slagord, har införlivats i jargongen. Det har påståtts att identifierbara individer och opinionsgrupper på ett irrationellt men tämligen ordnat sätt motsvarar innehållet i termen anti-mental-health movement. Det har inte varit alltför svårt att finna belägg för en sådan aktivitet i ett föga sakligt motstånd mot s.k. "psykologisera" i undervisningssammanhang, i bestämda motstånd mot olika försök till profylaktiska åtgärder, ett motstånd mot att koppla in psykologer på samhällets olika aktiviteter, samhällsplanering, sjukvårdsplanering, vårdplanering av olika slag. Jag kan inte beskriva det i detalj men jag tror att alla förstår och känner igen vad jag menar med det här osakliga irrationella, ångestbetonade motståndet. Man tycker sig ha funnit att vissa bärare

Vi måste acceptera att det finns olika typer av psykiatri. En biologiskt inriktad, en psykologiskt inriktad och en väsentligen sociologiskt inriktad. Dessa riktningar bör berika och inte bekriga varandra.

Däremot finns ute i samhället en "anti-mental-hygienisk rörelse" att kämpa mot. Den representeras av konservativt inställda personer — högerextremister likaväl som socialdemokrater. Dessa gör motstånd mot alla försök att koppla in psykologisk expertis i undervisningsfrågor, vårdplaneringsfrågor och andra samhälleliga aktiviteter.

utav den här motståndsaktiviteten i politiska kommittéer, i administrerande kretsar, i akademiska sammanhang är desamma som återfinns i högerextremistiska grupper, i racistiska organisationer o.s.v. Jag menar givetvis i U.S.A. men det finns i vår del av världen liknande ting. Jag har suttit i en av helt vettiga personer sammansatt skolstyrelse i en förstad till Stockholm och där kunnat bevittna en mycket lång och het strid om huruvida man skulle ha skolpsykologiska testningar alls, om man skulle eliminera den skolpsykologiska aktiviteten i skolan eller om man skulle acceptera, eventuellt understödja densamma. Det sades med stor hetta ifrån att det skulle vara skadligt för barnen att placeras i undervisning och i klasser mot bakgrunden av psykologiska undersökningsfynd, det skulle också vara skadligt att låta psykologer bedriva psykologisk verksamhet på psykologiska problem hos skolbarnen. Man menade på fullt allvar att just psykologiska problem skulle förvärras och bli farliga för barnen om man identifierade dem som psykologiska problem ungefär.

Det var inte alls bara högerextrema högermänniskor utan vissa socialdemokrater slöt vackert upp och bildade tillsammans med högerrepresentanterna en grupp av klart konservativt inställda, i denna situation oerhört ångestladdade människor som bromsade mot farligheterna på ett uppseendeväckande sätt.

Någonstans måste det komma med en uppmärksamhet på denna fråga men givetvis skall inte

<sup>1</sup>) Inlägg i debatten om psykoterapi i Jönköping 1967.

psykoterapi eller icke psykoterapi, utbildning i psykoterapi eller icke utbildning i psykoterapi, meritvärdering av psykoterapeutisk utbildning eller icke meritvärdering av sådan göras till någonting ideologiskt. Vi skall emellertid veta att det finns ett ideologiskt motstånd eller till ideologi besläktade motståndsfaktorer här. Jag tror det är viktigt för oss alla att vi försöker igenkänna sådana mekanismer hos oss själva och i vår diskussion. Först när de är igenkända kan vi eliminera dem ur debatten dit de egentligen ju inte alls hör.

### **Sjukdomsbotande eller handikapp-kompensation?**

Den andra kommentaren från min sida rör sig om den sjukdomsmodell vi använder oss av. Curt Åmark rörde sig trots allt med mycket av en invärtesmedicinsk eller klassisk medicinsk sjukdomsmodell, han nämnde att man botade sjukdomar, botade neuroser och sådana ting skedde med hjälp av vissa metoder, i varje fall i stor utsträckning efter vad jag fick intryck av att han menade. Jag tror att vi får lämna den klassiska invärtesmedicinska sjukdomsmodellen många gånger kanske i de flesta fall i vårt praktiska handlande i psykiatri. Jag tycker inte heller att det är konstigt att vi måste göra det för vi har icke klara sjukdomsbegrepp. Det är alldeles rätt att vi måste lägga ner mycket arbete på vår diagnostik men ännu har detta arbete inte gett oss en anständig diagnostik och då får vi väl nöja oss med att försöka *behandla patienterna*, alltså *inte bota sjukdom* utan mobilisera kompensationsresurserna hos patienterna. Vi vet ju inte vad sjukdomen är, hur skall vi då kunna veta vad botandet är? Jag har personligen väldigt svårt att riktigt klara ut vilka sjukdomar inom psykiatri som går att bota med s.k. metoder egentligen. Däremot tycker jag att man har mycket lätt numera att mobilisera betydande resurser hos patienterna med olika terapeutiska knep men då har man egentligen inte gjort någonting åt sjukdomen endast (!) någonting åt patientens totalfunktion.

Detta skulle man kunna kalla för handikapp-kompensation men inte sjukdomsbotande. När det gäller psykoterapeutiska aktiviteter tycker jag det

ligger särskilt nära till hands att använda begreppet handikappkompensation i stället för sjukdomsbotande, psykoterapeutiska aktiviteter kan ju svårligen på samma sätt som inom invärtesmedicin och kirurgi uppfattas som distinkta, mekaniska metoder.

### **Dualism eller uniformitet?**

Mitt tredje problem är det här med dualismen. Det är ju pop att man skall kämpa emot dualism inom vår kår till varje pris. Tillåt mig pröva en annan inställning till den här frågan. Måste vi inte inse att det finns djupa och betydande skillnader mellan psykiatrer och icke psykiatrer. Det är väl inte en händelse att vi sysslar med psykiatri istället för med öron. Jag tror att detta betydelsefulla val sker på basen utav att vi från början har en dualistisk inställning, vi skiljer ut den del utav människans funktioner som vi tycker är viktigare, intressantare och tillgängligare. Det är specialisering och då i alla sammanhang behagligt och accepterat. Man skulle då kunna säga så här: varför skulle inte psykiatrin kunna ha sina interna bestämt åtskilda trender, utvecklingsvägar.\* Varför vänta sig att alla psykiatrer skall duga till allting och representera allting. Kan man inte helt enkelt tänka sig eller rättare kan vi inte försöka inse att det finns en biologisk psykiatri, en biologisk naturvetenskapligt inriktad både teori, forskning och praktik, en psykologisk, individualterapeutisk psykiatri som sysslar med intrapsykiska processer och har en psykologisk referensram och en socialpsykiatrisk,\*\* en sociologisk psykiatri med huvudsakligen sociologiska referenssystem. Det är ganska lätt tycker jag att avgränsa de här utvecklingslinjerna från varandra och om man tillåter en sådan avgränsning och understryker den är det större möjligheter att de olika aktiviteterna kan berika varandra, stödja varandra och inte inför hotet om uniformitet behöva slåss om vem som är bäst, vem som skall överleva.

\* mellan vilka vi kan göra vårt val med samma klarhet som vi väljer mellan öron och psykiatri. Psykiatri borde väl vinna på att få differentieras.

\*\* fokuserande på grupprocesser, social interaktion, interpersonella processer som uttryck för sjukdom och som objekt för behandling.