

Det professionella landskapets framväxt

Det professionella landskapets framväxt. Kapitlet *Den psykosociala integrationens fält*. Av Eva Johnsson och Lennart G. Svensson.

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.338.c742>

E-boken är publicerad av Samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lunds universitet 2025
Boken är ursprungligen publicerad av Studentlitteratur.

ISBN: 978-91-44-12205-2

eISBN: 978-91-8104-669-4

Upphovsrätt: Författaren/författarna

Denna text är licensierad under CC BY-NC 4.0, Erkännande.

(Se fullständiga villkor: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.sv>). Enligt licensen får verket spridas och bearbetas utan att tillstånd behövs, men ej användas i kommersiella syften. Verkets upphovsperson måste anges.

DEN PSYKOSOCIALA INTEGRATIONENS FÄLT

EVA JOHNSON OCH LENNART G. SVENSSON

Detta kapitel handlar om framväxten av den psykosociala integrationens fält. Fältets historia är i många avseenden gemensam med det medicinska fältets och det sociala regleringsfältets historia vad gäller normalitet och synen på avvikande beteende och hur detta ska åtgärdas. Kapitlet fokuserar psykoterapi och psykoterapiens framväxt till en möjlig ny profession av psykoterapeuter i vår egen tid. De tre yrken som närmast berörs inom fältet psykosocial integration är psykiatrer, psykologer och socionomer. Det är dessa yrkens egen historia som bildar en stor del av underlaget för denna studie. Det är också dessa tre yrken som utgör den främsta rekryteringen till psykoterapeuter. Historiskt har psykoterapier haft central betydelse för dessa tre yrkens professionalisering i termer av jurisdiktion, avgränsningar, stängningar och maktförhållanden sinsemellan och till andra yrken. Genom att fokusera på psykoterapiers sociala villkor och kognitiva bas kan man beskriva och analysera hur social integration som ett specifikt kompetensfält har växt fram och utvecklats och därmed studera hur och varför en möjlig ny profession av psykoterapeuter etableras.

Social integration och kontroll är klassiska begrepp inom sociologin och handlar om social ordning. Social integration handlar i vid bemärkelse om att föra in nya medlemmar i sociala sammanhang genom socialisation med hjälp av föräldrar och kamratgrupper samt olika yrken inom skolor, kyrkor, media och arbetsplatser eller andra samhällsinstitutioner. Det kan också handla om att återföra s.k. avvikare tillbaka till sina sammanhang, som familjer, skolor och arbetsplatser. Psykosocial integration har en mer avgränsad mening och innebär här en återanpassning av individer som lider av psykisk ohälsa eller har fått en psykisk diagnos. Avgränsningen till det medicinska fältet främst inom psykiatrin sker med inriktning på diagnoser med psykogenes skilt från organisk genes samt med psykoterapeutiska,

psykologiska och sociala behandlingsmetoder skilt från medicinska, biologiska och fysiologiska. Avgränsningen till regleringsfältet sker inom socialt arbete och juridik med behandling på frivillig grund skilt från kontroll och reglering under tvång. Psykosocial integration går delvis in i och överlappar de två andra fälten. Psykologer och socionomer kan vara anställda i hälsofältet eller i regleringsfältet samtidigt som de är privat verksamma som psykoterapeuter.

Två andra yrken har historiskt sett haft central betydelse för social integration och det är lärare och präster, som också utgjorde de främsta yrkesutbildningarna vid universiteten in på 1800-talet. Lärarna räknas i detta forskningsprojekt till utbildningsfältet respektive det akademiska fältet. Kyrkan och prästerna hade under lång tid huvudansvaret för social kontroll och integration i församlingarna. Organisationer för rådgivning och psykoterapi bildades under 1900-talets första hälft ofta på kyrklig och kristen grund. Prästerna spelar fortfarande en viss roll i psykosocial integration genom församlingsarbete och själavård. Men det är en profession som har marginaliserats genom sekularisering och genom att andra yrken delvis i och med välfärdsstatliga institutioner bildats och tagit över uppgifter från familjer, skolor och kyrkor som handlar om psykosocial integration av enskilda individer. Vissa präster vidareutbildar sig dock till psykoterapeuter.

De tre professionerna psykiatrer, psykologer och socionomer/kuratorer ingår i vad som har kallats psy-komplexet.¹ Här betonas metoder för konstruktion av jaget med rådgivning och terapier.² På Psykologguidens hemsida ges följande definition: ”Den samling av institutioner, yrken, föreningar, sammanslutningar, tidskrifter, testförlag etc. som påverkar människors vardag i olika avseenden, till exempel i barnuppfostran, skola, arbetsliv, i hälsofrågor och syn på psykiska störningar och sätt att behandla sådana.”³ Detta komplex utgör en väsentlig del av fältet psykosocial integration angående mental hälsa och mänsklig anpassning i relation till uppfattningar om normalitet.

Normbegreppet är centralt i psykosocial integration; att följa normer är

¹ Foucault 1973; Ingleby 1983; Rose 1990.

² Pilgrim & Rogers (1999, s. 105) identifierar två slags diskurser, dels den psykoterapeutiska, dels den (äldre) avskiljande fysiska behandlingen.

³ Psykologguiden.se är ett lexikon knutet till Psykologförbundet.

att vara normal och inte avvika. Ian Hacking⁴ diskuterar tre dimensioner av normalitet: statistisk normalfördelning, avsaknad av brister och det ideala. De statistiska metoderna tillhandahöll verktyg för vetenskapliga kategoriseringar och klassificeringar, inte minst avseende sociala och hälsorelaterade problem, vilket skapade ett gemensamt studieområde för medicin och sociologi. Det typiska och det genomsnittliga förvandlades till det ideala i till exempel eugenetiken, dvs. den bio-sociala rörelsen för att förbättra den genetiska sammansättningen av en befolkning. Genom medicinsk praktik med bot, terapi och rehabilitering bestod det ideala i att vända tillbaka från det avvikande tillståndet till det neutrala värdet, till status quo, det normala tillståndet. Detta togs också upp i samhällsvetenskaperna, särskilt i föreställningar om mental hygien, och senare i psykosociala metoder.⁵

Under 1900-talets första decennier började två nya rörelser, mentalhygien och psykoanalysen, så sakta påverka synen på psykisk ohälsa, dess uppkomst och behandling. Från och med 1930-talet fick idén om social integration allt större genomslag inom offentlig verksamhet, vilket påverkade såväl institutionell förändring och organisering som utvecklingen av professionella grupper. Den yttre samhälleliga kontrollen (regleringen) av avvikare kompletterades med interventioner, i form av samtal, som syftade till att stärka individens inre kontroll (integration). Samtidigt byggdes välfärdsstaten med socialpolitiska reformer och utveckling av nya samhällsinstitutioner, vilket möjliggjorde utvecklingen av fältets yrkesgrupper. De yrkesgrupper som ingår i fältet, dvs. psykiatrer, psykologer och socionomer, gjorde alla anspråk på och inkorporerade psykoterapi i sitt yrkesutövande. Psykoterapi är således en gemensam nämnare, samtidigt som de berörda yrkesgrupperna har genomgått olika professionaliseringsprocesser under perioden.

I det följande ska vi visa psykoterapiens växande betydelse för psykosocial integration. Termen definieras som ”behandling eller intervention i psykiska, relationella och existentiella problem med psykologiska metoder

4 Hacking 1991; Piuva 2005. I en handbok om psykiatri skiljer man på statistisk, social, ideal och autopsykisk norm, där det sistnämnda utgör en individs idiomatiska, habituella beteende (Ottosson 2004, s. 14). I samma bok anges att psykoterapi ingår i psykiatrins hermeneutiska arbetssätt (s. 548) där grunden dels är empatisk förståelse, dels kunskap om psykologiska mekanismer som reglerar känsloladdade upplevelser. ”Psykoterapi är behandling med psykologiska metoder” (s. 548). Vidare skiljer man där på två huvudtyper av psykoterapeutiska metoder: de dynamiska och de inlärningspsykologiska.

5 Piuva 2005, s. 60; se även Canguilhem 1966/1978.

av person med utbildning och erfarenhet av sådana metoder, riktad till en klient, patient, familj eller annan grupp. Psykoterapi syftar till att öka mottagarens mentala eller psykiska hälsa eller välbefinnande”.⁶ 1900-talet kallas ibland för psykologins århundrade, där psykoterapin utgör en väsentlig del. Begreppet psykoterapi finns först noterat 1872 i en bok av den brittiske psykiatern D. Hack Tukes.⁷ Men i sin betydelse psykologisk behandling av psykiska störningar användes det i franskan 1882 och teorin och metoden kom senare att utvecklas av Sigmund Freud. Psykoterapin står alltså i fokus när vi studerar det psykosociala fältets uppkomst, utveckling och professionalisering. Vi inbegriper flera former av psykoterapier som förekommit på 1900-talet, hur dessa tas upp i yrkesgrupperna i fråga och infogas i deras utbildningar och legitimationer. Det gäller också hur yrkena avgränsas från varandra eller vävs in i varandra på grund av psykoterapier eller med deras hjälp, samt hur psykoterapin eventuellt utvecklas till en egen profession och i vilka samhällsinstitutioner den används.

Parallellt med och nära knuten till psykoanalysen var den s.k. mentalhygieniska rörelsen.⁸ Den kom att ha starkt inflytande på förebyggande mentalhälsoarbete och olika former av rådgivning. Under 1960- och 1970-talen var den knuten till svensk arbetslivspolitik om god arbetsmiljö. En särskild kampanj för detta, den s.k. mentalhälsokampanjen, möttes av stark anti-psykiatrisk kritik, och begreppet mental hygien undveks därefter. Till en början lärde rörelsen människor att bete sig så normalt och så friskt som möjligt. Därefter förespråkade den psykoanalytiska teorin en terapeutisk strömning, där individer tänktes utvecklas och växa till normala personer. Vi ser således psykoterapins framväxt och funktion som en professionell praktik som syftar till att integrera individer i samhället (till skillnad mot att särskilja dem).⁹ Denna praktik har haft olika betydelse för de valda yrkesgruppernas professionaliseringsprocesser avseende inomprofessionell stratifiering och stängningsprocesser till andra professioner.

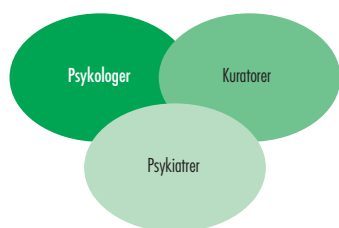
Vi kommer att redogöra för psykoterapins framväxt i Sverige och utifrån denna positionera de tre professionerna psykiatrer, psykologer och socionomer. Urvalet av professioner för fältet (se figur 5.1) utgörs av kärnan för psy-

6 Cullberg 1984/1999.

7 Psykologguiden.se.

8 Kollind 2002, kapitel 3.

9 Abbott 1988, kapitel 10, kallar det för ”The Personal Problems Jurisdiction”, som omfattar samma professioner men i amerikansk kontext.

**FIGUR 5.1**

De tre viktigaste yrkena på fältet
psykosocial integration.

komplexet.¹⁰ Inom psy-komplexet kan två diskurser urskiljas avseende mentalhälsovårdande professionellas övervakande roll i förhållande till psykiskt sjuka. Den ena betonar segregation (avskiljning) och kroppsbehandling och den andra betonar självets konstruktion genom psykologiska metoder såsom psykoterapi och rådgivning.¹¹ Det är den senare diskursen som är central i det psykosociala integrationsfältet och som ytterligare diskuterats och utvecklats av Michel Foucault, Jacques Donzelot och Nicolas Rose.¹²

Fältets tidiga historia

Att förstå, förklara och korrigera mänskligt beteende har varit en del i människans och samhällets historia. Psy-komplexet kan spåras tillbaka till klassisk tid, där undervisning och träning i att förstå psyket ingick i de filosofiska skolorna, liksom till s.k. primitiva stammar på olika håll i världen. Henri Ellenberger har i sin historiska exposé identifierat en kontinuerlig kedja mellan exorcism, magnetism, hypnos och psykoanalytiska teorier.¹³ Han fann att primitivt helande var knutet till ”psykoterapeutiska” tekniker, som liknar de metoder som används idag. Det var heliga män, shamaner och lekmän med hög status i samhället som utövade metoderna. Jerome Frank och Julia Frank menar att den fundamentala beståndsdel i psykoterapi, dvs. empatisk förståelse för individens berättelser och upplevelser, har varit densamma oavsett tid och oavsett om den utförts av en shaman, präst eller legitimerad psykoterapeut.¹⁴ Orsakerna till galenskap tolkades på olika sätt. Det kunde exempelvis vara besatthet eller att personen förlorat sin själ. Prästerna hade ansvar för att ta hand om själsliga problem. Deras uppgifter

¹⁰ Ingleby 1983.

¹¹ Pilgrim & Rogers, 2002; Rose 1990.

¹² Foucault 1973; Donzelot 1979; Rose 1990.

¹³ Ellenberger 1970.

¹⁴ Frank & Frank 1973.

var stödjande, att vara delaktiga i sorgearbete och att fördriva ondskefulla krafter som ockuperat kropp och själ. Man kan säga att de hade en dubbel roll, dels som passiva mottagare av bekännelse och bikt, dels som utdrivare av demoner. Prästerskapet och församlingarna hade också att ta hand om familjeproblem, det vi idag kallar för medling, vilket var reglerat i 1686 års kyrkolag och 1734 års lag.¹⁵ Där fastslogs att prästerskapets uppgift var att få oeniga makar att försonas, vilket skulle göras med hjälp av metoder som förmaningar och åtvarningar. Bikten kan ses som en bakgrund till terapiernas personliga samtal vilken i den protestantiska kyrkan delvis övergick i vad som kallas själavård.

Framväxten av hospitalen

Den psykosociala integrationens tidiga historia sammanfaller i hög grad med social reglering.¹⁶ För att förstå framväxten av fältet psykosocial integration och dess professioner börjar vi med att ge en historisk överblick av sinnessjukvården i Sverige. Under medeltiden vandrade personer som led av galenskap fritt i samhället. Michel Foucault¹⁷ har beskrivit hur detta förändrades i Paris i mitten av 1600-talet då cirka 1 procent av invånarna blev avskilda från sina miljöer och internerade under loppet av några månader.¹⁸ Det var galna, sjuka, kriminella m.fl. som blev inlåsta på Hôpital Général. Under 1700-talet fanns en heterogen grupp människor inlåsta: vansinniga, gamla, utvecklingsstörda och de med obotliga sjukdomar. Hospitalen uppfattades som ”ett ställe för de obotbara”.¹⁹

Uppbyggnaden av institutioner med uppgiften att skilja ut, avskilja och förvara enskilda individer tog fart i både Europa och Nordamerika under 1800-talet.²⁰ Personer som led av galenskap togs ibland om hand av familjen eller kommunens fattighus. På några håll i Europa fanns dock en civil familjetradition där lokalbefolkningen tog hand om psykiskt sjuka mot en viss summa. Exempel på detta fanns i den belgiska staden Geel redan på 1300-talet. Ett annat exempel är den engelska kväkarrörelsen The Retreat,

¹⁵ Kollind, 2002, s. 40.

¹⁶ Abbott 1988; Kollind 2002.

¹⁷ Foucault 1973.

¹⁸ Eriksson 1997a.

¹⁹ Eriksson 1997a; Åman 1976.

²⁰ Bülow 2004.

som bildades på 1700-talet och som syftade till att bibringa andlig tillväxt genom att fungera som ett "surrogat" och erbjuda delaktighet i vardags-sysslor.²¹

Ökad reglering och differentiering

Under första hälften av 1800-talet var sinnessjukvårdens uppgift framför allt att särskilja de vansinniga från samhället, vilket skedde genom inlåsning på hospitalen. Vid sekelskiftet 1800 fanns det i Sverige 26 hospital i bruk och sammanlagt 994 s.k. hospitalshjon var inskrivna på dessa. De benämndes som "antingen kroniskt sjuka, ålderdomssvaga eller sinnessjuka" och omfattades av 1766 års fattighuslag.²² Riksdagen gav som mål 1823 att det endast skulle finnas sex hospital, s.k. centralhospital, som framför allt skulle ta hand om sinnessjuka, och de första behandlingshospitalen kom samma år i Danviken och Vadstena. I och med att hospitalen centraliserades blev det också statens skyldighet att ta hand om dårarna (och de med smittsamma sjukdomar) medan fattigvården blev kommunernas ansvar.²³

Samhällsutvecklingen på 1800-talet präglades av industrialiseringen och en ökad grad av specialisering, inte minst när det gäller vårdinstitutionerna. Det fanns en strävan efter ordning: att precisera problemen, särskilja dem och sedan lösa dem ett efter ett. Ett antal samhällsorganisatoriska reglerande förändringar infördes. Centrala ämbetsverk inrättades, som Sundhetskollégium 1813 vilket sedan blev Medicinalstyrelsen 1877. Genom departementalreformen 1840 överfördes vårdinstitutionerna till Ecklesiastikdepartementet.²⁴ Centraliseringen av hospitalen 1823 medförde också ett behov av och möjlighet att anställa läkare.²⁵ Det skedde således en organisering, en centralisering och ett förstatligande av hospitalsväsendet och en ökad differentiering av de intagna på hospitalen.

De "galna" blev en egen grupp under 1800-talet och klassificerades enligt Carl von Linnés modell i grupper och undergrupper. Därmed skapades diagnostiska grupper och läkarna började successivt få en position på hospitalen. Där anställdes läkare på heltid för vården, och ett omfattande

²¹ Meeuwisse 1997.

²² Åman 1976, s. 21.

²³ Bülow 2004, s. 29.

²⁴ Åman 1976, s. 242–243.

²⁵ Eriksson 1997a; Gustafsson 1987.

arbete inleddes för nya behandlingsmetoder, vilket bland annat innebar mätningar och dissekering av hjärnan. Det fanns en behandlingsoptimism, och man ansåg att sjukdomar hade rationella orsaker som kunde behandlas. Läkarna på hospitalen var influerade av banbrytande upptäckter inom medicinen.²⁶ Alla sjukdomar ansågs ha en specifik patogen orsak och var behandlingsbara enligt en biomedicinsk modell. Edward Shorter menar att det är under denna period som den första biologiska psykiatrin uppstod.²⁷

Andra europeiska strömningar som influerade var exempelvis kväkaren William Tukes idé om moralisk behandling som byggde på humana metoder. Philippe Pinells löste de galna från sina kedjor och utövade mer humana behandlingsmetoder än de förhärskande medicinska och ofta brutala metoderna. Den övergripande idén var att vistelsen på hospitalet i sig hade en fostrande verkan, dvs. bota galenskap.²⁸ Uppbyggnaden av hospital (eller asyl) var medel för social kontroll och idén om integration fanns ännu inte. Per Bülow problematiserar vad han menar kan ge en förenklad och cynisk bild av social kontroll:

Att se asylernas tillblivelse enbart som ett medel för social kontroll är en förenklad syn i en period då samhällen i västvärlden genomgick stora och snabba förändringar. Asylerna kan också ses som ett rationellt svar på den sociala situation som rådde i den framväxande industrialiseringsprocessen. Asylerna var en social institution och ett viktigt inslag i fattigvården.²⁹

Mer systematisk behandling prövades således inom hospitalen. Men det är först vid nästa periods inledning kring 1800-talets mitt som psykiatrin som medicinsk specialitet började utvecklas.

Formeringen av ett fält, 1850–1915

Den här perioden kännetecknas av organisatoriska och ideologiska förändringar vilka påverkade framväxten av fältet. Dessa förändringar innebar att psykiatrins position inom mentalvården stärktes och att en ny typ av läkare, psykiater, etablerades. Den första kuratorn anställdes 1914, medan psyko-

²⁶ Till exempel bakteriologin, se kapitel 6.

²⁷ Shorter 1997.

²⁸ Bülow 2004; Eriksson & Qvarsell red. 1997; Åman 1976.

²⁹ Bülow 2004, s. 28.

logerna kom in på fältet långt senare. Yrkesgrupperna och deras utveckling under perioden var i hög grad kopplade till institutionerna, framför allt asylerna, vilka utgjorde en grund för de professionellas utveckling.

Institutionella förändringar – från särskiljande till korrigerig och behandling

Industrialiseringen bidrog till förändringar av de samhälleliga institutioner som påverkade fältet. Under andra halvan av 1800-talet genomfördes flera viktiga lagförändringar, bland annat infördes sinnessjuklagen från 1858 som innebar att hospitalen ändrade namn till sinnessjukhus. Läkarens roll blev mer framträdande genom att denne ställdes i ledningen för hospitalen. Likaså var idén om behandling inskriven i lagen.³⁰ Vidare infördes kommunallagarna 1862 då landstingen inrättades vilket ledde till en nyordning och utbyggnad av lasarettsvården. Hit kom också ”idiotanstalterna” att höra. Från 1870-talet fick kommunerna större betydelse för institutionsväsendets nyordning. Dessa förändringar fick också betydelse för hur det administrativa ramverket omvandlades. Hospitalen överfördes till Sundhetskollegium 1876 (deras tidigare anslagna jord överfördes till Kammarkollegiet).³¹ Det skedde såväl en organisatorisk som en diskursiv förskjutning under andra halvan av 1800-talet då till exempel ”dårarna” blev ”sinnessjuka”. Institutionerna tillfördes också en ny funktion som innebar att de skulle tillhandahålla kliniskt material till forskning. Anders Åman kommenterar förändringen:

Dårhuset hade blivit sinnessjukhus och ett omfattande byggande av stora slutna anstalter vidtog. En aning tillspetsat kunde man säga: istället för ett mindre antal fastkedjade dårar ett större antal inlåsta patienter.³²

Idén om behandling kom på sikt att innebära en förskjutning från särskiljande mot korrigerig och behandling av patienterna. I praktiken var det dock ytterst få patienter som skrevs ut. Antalet patienter på hospitalen ökade från 1 016 år 1850 till 7 806 patienter år 1910.³³ Ökningen förklaras till stor del

³⁰ Sjöström 1992, s. 157.

³¹ Åman 1976.

³² Åman 1976, s. 164.

³³ Sjöström 1992, s. 157.

vara beroende på samhällsförändringar.³⁴ Sjukhusen blev i allt högre grad behandlande institutioner vilket innebar nya behandlingsmetoder, men också att allt fler skrevs ut, ofta till isolering och miserabla förhållanden.³⁵ Flera enskilda organisationer bedrev hjälpverksamhet, och 1917 bildades Hjälpföreningen för psykiskt sjuka för att organisera verksamheten. Till denna knöts en hjälpbyrå, som förlades till Serafimerlasarettet. Några år tidigare började ”Settlementrörelsen” få fotfäste och Birkagården inrättades i Stockholm 1912.

Det var inte bara institutionsvården som förändrades under senare delen av 1800-talet. Också den filantropiska rörelsen växte i Sverige. I centrum stod den sociala frågan och rädsla för social oro på grund av de samhällsförändringar som industrialiseringen medförde.³⁶ Tanken att ”korrigera” fanns också starkt i den filantropiska rörelsen, dvs. de fattiga behövde i första hand moralisk påverkan och uppfostran. Det fanns en sortering av ”värdiga och ovärdiga” fattiga. I Sverige arbetade filantropiska föreningar också tillsammans med fattigvården.³⁷ ”Frumtimmersföreningar” bildades i mitten av 1800-talet av väletablerade borgerliga kvinnor och fanns i de flesta svenska städerna.³⁸ Uppgiften för föreningarna var att bland de fattiga ”samla kunskap om fattigdomens utbredning, undersöka hjälpbehovet i fattigdistrikten, kontrollera att medlen kom till de verkligt behövande, uppmuntra till arbetsamhet och ordentlighet, understödja hemmens fostran och underlätta barnens skolgång. Både materiellt stöd och moralisk fostran ingick i hjälpprogrammet”.³⁹ År 1903 bildades Centralförbundet för Socialt Arbete (CSA) som var en sammanslutning av socialt engagerade föreningar. CSA verkade för social utveckling i landet och satte tydligt den ”sociala frågan” på den politiska agendan. Inom CSA arbetade många socialt engagerade kvinnor som under början av 1900-talet verkade för det sociala arbetets professionalisering i den meningen att det frivilliga arbetet övergick till ett avlönat yrke med fackutbildning som grund.⁴⁰ Under början av 1900-talet hade det blivande yrkesområdet socialt arbete framför allt fokus på att

34 Ökningen av patienter under denna period skedde också i övriga Europa och USA (Shorter 1997).

35 Fredlund 1997.

36 Pettersson 2001.

37 Se kapitel 4.

38 Pettersson 2001, s. 23–24.

39 Pettersson 2001.

40 Kollind 2003, s. 172–173; Pettersson 2001.

mildra effekterna av fattigdom i samhället genom kontroll och utbildning i exempelvis hygien.

Psykiatrernas kamp om jurisdiktion

Vid 1800-talets andra hälft blev psykiatri en vetenskaplig disciplin, och hospitalen utgjorde en av förutsättningarna för att den psykiatriska vetenskapen skulle uppstå utifrån den mer systematiska behandling som prövats där sedan slutet av 1700-talet. När den nya sinnessjuklagen/stadgan trädde i kraft 1858 blev psykiatri definierad som en medicinsk specialitet. Psykiatri infördes som obligatoriskt ämne i läkarutbildningen och utnämningen av de två första professorerna i psykiatri skedde 1860.⁴¹ Under perioden 1841 till 1880 ökade antalet psykiatrer från 18 till 123.⁴²

Den kognitiva basen för psykiatrins specialisering vid denna tid kan beskrivas från två olika aspekter. Den ena handlar om korrigerande av patienter, vilken var djupt förankrad i sinnessjukvården (och tidigare hospitalsväsendet). Uppgiften att ”observera, analysera, bedöma, justera och korrigera patientens leverne”, var grunden för diagnosen.⁴³ Den andra aspekten handlar om det allt större inflytandet från den biomedicinska modellen där man förstod psykiska sjukdomar som orsakade av biokemiska förändringar i nervsystemet.⁴⁴ Det innebar också utveckling av mer förfinade och systematiserade klassifikationssystem för psykiatriska diagnoser, exempelvis enligt Emil Kraepelin.⁴⁵ Dessa ersatte de tidigare gemensamma nordiska klassifikationerna från tidigt 1880-tal som var mer beteendebestämda.⁴⁶ Kunskap om hjärnans struktur och funktion i normala och patologiska situationer stärkte psykiatrernas legitimitet. Den biomedicinska modellen fick större genomslag, vilket också påverkade behandlingsmetoderna. Förändringen ledde bort från institutionens fostrande påverkan mot medicinska behandlingsmetoder såsom sängkurer och medicinering med lugnande medel, dvs. mekaniska och kemiska metoder riktade mot kroppen.⁴⁷ Vård-

⁴¹ Sjöström 1992.

⁴² Åman 1976.

⁴³ Beronius 1994, s. 171.

⁴⁴ Bülow 2004; Sjöström 1992; Qvarsell 1996.

⁴⁵ Shorter 1997.

⁴⁶ Sjöström 1992, s. 162f.

⁴⁷ Sjöström 1992; Qvarsell 1996.

ideologin vid denna tid benämndes ”physicalist discourse”.⁴⁸ En likartad utveckling pågick i både Europa och USA och Shorter beskriver denna som ”den första biologiska psykiatrin”.⁴⁹

Den nya disciplinen fick till följd att interna strider i läkarkåren tog fart. Det skulle vi idag benämna stängningsprocesser och strid för jurisdiktion.⁵⁰ Skandaler debatterades såväl i fackpressen som på möten i Svenska Läkarsällskapet.⁵¹ Kroppsmedicinen hade haft signifikanta genombrott⁵², medan de psykiatriska behandlingsmetoderna inte visade några större resultat. Anstaltens maktstruktur, avsaknad av offentlig insyn och det samhällsskyddande inslaget i psykiaternas roll kvarstod in på 1900-talet, trots stark kritik.⁵³ Den stora ökningen av inskrivna patienter innebar också ett ökat behov av psykiatrer. Förutom psykiatern var det en annan läkargrupp, nervläkarna, som i början av 1900-talet tog emot patienter med psykiska, framför allt neurotiska, problem. Många av nervläkarna blev attraherade av psykoanalysen i och med Freuds teorier om neurosers uppkomst. De arbetade oftast på privata mottagningar och hade ingen självklar akademisk tillhörighet, och därmed låg status. Deras position diskuterades och kom senare med i Läkarsällskapets översyn av specialistläkartitlar på 1920-talet där kompetenskraven för nervläkare omfattade psykiatrisk och invärtesmedicinsk erfarenhet, helst inhämtad på sjukhus och med eventuell kompletterad neurologisk utbildning.⁵⁴ Med ovan beskrivna kompetenskrav underströks att psykiska sjukdomar sågs förankrade i somatiska tillstånd.

Den medicinska professionen som helhet expanderade och fick legitimitet för sin kunskap under perioden och den första professionella organisationen, Svenska Läkarsällskapet, etablerades 1903 och bidrog till den ökade differentieringen inom professionen.⁵⁵ Bildandet av Föreningen för allmän psykiatri 1905 gav grunden för psykiaternas sociala bas.

⁴⁸ Prior citerad i Bülow 2004, s. 37.

⁴⁹ Shorter 1997.

⁵⁰ Abbott 1988; Luttenberger 1989.

⁵¹ Luttenberger 1989, s. 143, 144, 145.

⁵² Se kapitel 6.

⁵³ Luttenberger 1989, s. 143.

⁵⁴ Gieser 2009, s. 45.

⁵⁵ Carlhed 2013.

De första socialarbetarna

Vi skrev inledningsvis att den yrkesgrupp i socialt arbete som vi lyfter fram är kuratorer inom sjukvården, den psykiatriska vården samt rådgivningen. Historien är dock delvis gemensam för de socialarbetare som finns inom fältet social reglering. I samband med att den filantropiska rörelsen började växa i Sverige uppstod också embryot till det kommande sociala arbetet.⁵⁶ Pionjärerna i CSA, Kerstin Hesselgren, Emilia Fogelklou, Herta Svensson, Agda Montelius och Emilia Broomé, var direkt inblandade i olika projekt kring socialt arbete. De var aktiva i CSA, i Fredrika Bremerförbundet och i kristna radikala studentgrupper. De tog aktiv del i mentalhälsoarbete och i den nya utbildningen i socialt arbete.⁵⁷ En första kurs för socialarbetare genomfördes 1910 (CSA) och leddes av Kerstin Hesselgren. Kursen riktade sig mot dem som ”skulle ägna sig åt bostads- och hemarbetsinspektion, barnavårdsinspektion, arbetsförmedling, socialt arbete vid fabriker, vice-värdskap för mindre bemedlade osv.”⁵⁸ Kursen innehöll både teoretiska och praktiska moment och Hesselgren undervisade i hygien.

Inspiration till utvecklingen av det sociala arbetet i Sverige kom från USA, där Jane Addams och Mary Richmond var viktiga föregångare. I England var Anne Cummins föregångare för det sociala arbetet på sjukhus och i Tyskland drev Alice Salomon en likartad rörelse som CSA. Det var också läkare som drev frågan om socialt stöd inom mentalvården, och kanslirådet von Kock, tillika ledande i CSA, introducerade amerikanska idéer om socialt arbete i sjukvården. Han skrev ned sina intryck i *Social tidskrift*, ”Sjukvården och det sociala arbetet”, vilket inspirerade överläkare Kindberg som verkade för att den första kuratorstjänsten tillkom 1914. Arbetsuppgiften bestod i att bistå med socialt stöd och hjälp till de patienter som blivit utskrivna från mentalsjukhusen.⁵⁹ Kuratorn hade först sin expedition i den egna lägenheten dit hon kallade patienterna från sjukhusen, men flyttade senare till de lokaler där Hjälpföreningen för psykiskt sjuka huserade.⁶⁰

⁵⁶ Pettersson 2001.

⁵⁷ Fredlund 1997; Kollind 2003; Olsson 1999; Pettersson 2001.

⁵⁸ Kollind 2003, s. 183.

⁵⁹ Rohde var slöjdlärlarinna med socialt patos och var engagerad i den sociala frågan.

⁶⁰ Fredlund 1997. I statistik från Sveriges officiella statistik om hälso- och sjukvård får vi följande information om Rohdes verksamhet. År 1920 hade 330 patienter kommit ”under kurators inseeende”, år 1925 var det 716 patienter och 1930 var det 1 013 patienter. Det var en växande verksamhet och Rohde samarbetade med Hjälpföreningen för psykiskt sjuka, hälsovårdsnämnden och fattigvården samt vilohem (SCB: http://www.scb.se/Pages/List____324988.aspx).

Sammanfattningsvis lade alltså förändrad lagstiftning och ny organisering av sinnessjukvården grunden till att psykiaternas ställning stärktes. Deras första kvalitativa take-off var när psykiatri blev en medicinsk specialitet som stärkte deras kognitiva bas. Det ökade behovet av psykiatrer, ökad legitimitet och eget yrkesförbund bidrog till att manifesteras den sociala basen. Det sociala hjälparbetet började nu bli mer organiserat i och med bildandet av CSA, och embryot till avlönade socialarbetare skapades.⁶¹ Den första avlönade kuratorn anställdes 1914, vars uppgifter innebar att hjälpa patienter som skrivits ut från hospitalen. Vi ska lämna Sverige och göra en utblick mot USA och Europa och kortfattat beskriva de två rörelser som skulle få stor betydelse för framväxten och formandet av den psykosociala integrationens fält: den mentalhygieniska rörelsen och psykoanalysen.

Den mentalhygieniska rörelsen

En av de mer avgörande nya strömningarna som bidragit till skapandet av fältet psykosocial integrationen är den mentalhygieniska rörelsen som hade sitt ursprung i USA. Den växte fram som en reaktion på den inhumana vården på sinnessjukhusen, och den amerikanska nationella kommittén för mentalhygien etablerades 1908. Den strävan som fanns att förstå sociala och psykologiska problem stämde väl överens med mentalhygien som fokuserade på miljöns och den mänskliga interaktionens betydelse för uppkomsten av psykisk ohälsa.⁶² Man förespråkade psykiatrisk behandling i öppen vård, rådgivning och fostran bland de fattiga. Därmed introducerades tanken om förebyggande arbete för att hindra psykiska sjukdomar. Utöver rådgivning och fostran förespråkades också sterilisering och immigrationskontroll. Syftet var att skapa en mentalt frisk befolkning.⁶³ Den mentalhygieniska rörelsen fick stor betydelse för det framväxande sociala arbetet, liksom den svenska vårdideologiska debatten. Däremot hade den ännu mycket liten betydelse för den institutionella psykiatrins praktik, och de stora sinnessjukhusen fortsatte att växa.

⁶¹ Swärd & Edebalk red. (2017).

⁶² Piuva 2005.

⁶³ Piuva 2005; Qvarsell 1997 i Eriksson & Qvarsell red.

Psykoterapin och psykoanalysen

Den andra inflytelserika strömningen var den psykoanalytiska. De psyko-terapeutiska teorierna och metoderna började därmed växa fram och få fotfäste. I Frankrike fanns föregångare för utveckling av nya metoder, där Sigmund Freud senare kom att utveckla sina teorier.

Synen på själen och galenskapen

Psykiatriområdet tog sin början med psykoanalysen, som uppstod i Europa under slutet av 1800-talet. Frankrike var vid denna tid ett centrum i Europa för forskning i och om psykologiska frågor, såsom undersökningar av människans inre värld, av psyket – aspekter som tidigare hänförts till teologi och metafysik. Psykologi sågs vid denna tid som en del av filosofin och inte som en vetenskap för sig. Det var också en tid då vetenskapens grundvalar diskuterades. Auguste Comtes positivism var ett övergripande paradigm, präglad av Isaac Newtons mekanistiska universum och Charles Darwins evolutionsteori, en modell i Frankrike för både vetenskap och sociala reformer.⁶⁴

Anledningen till det ökade intresset för studier av psyket var en ny metod, *psychologie nouvelle*. Théodule Ribot (1839–1916), som var upphovsmannen till metoden, hävdade att psykologi måste bli självständig i förhållande till religion och filosofi för att bli en accepterad vetenskap. Ribots utgångspunkter var kontroversiella, inte minst för att han ville kombinera introspektion och extern observation för att förstå och förklara psykologiska fenomen. Det var således subjektiva upplevelser (associationer) som skulle transformeras till objektiv vetenskap. Ribot lade fram en ny typ av vetenskap om psyket eller själen där psykologin skulle bestå av både introspektion och extern observation. Han såg psykisk sjukdom och dess symtom som en experimentell del av psykologin. Ribot inspirerades också av ”associationalism”, och vetenskaplig empirism av sina företrädare från England, till exempel David Hume och John Stuart Mill. En annan fransman, Jean-Martin Charcot (1825–1893), läkare, neurolog och positivist, såg själen som en del av hjärnans funktion. Charcot var verksam på Salpêtrière, som var en institution för kvinnor med galenskap eller dementia och som bedömts som obotligt sjuka.⁶⁵ Charcot

⁶⁴ Makari 2010.

⁶⁵ Vid tiden för hans verksamhet inhystes cirka 5 000 kvinnor på institutionen.

blev alltmer intresserad av neuroser, bland annat för att det inte gick att finna några svar på detta tillstånd i laboratoriet. Det var alltså svårdefinierade symtomkomplex och störningar och inkluderade en av de mest mystiska – hysterin. Charcot observerade de hysteriska anfällen och fann att de följde patologiska psykologiska mönster. Symtomen var observerbara och orsaken berodde på dåligt arv. Tankar, känslor eller patientens psykologi hade inget med det att göra. Hysteri kunde förstås genom objektiva observerbara uttryck.⁶⁶ Charcot kom senare att bli alltmer intresserad av hypnos och han och hans medarbetare började också observera hur omedvetna idéer och känslor kunde orsaka neurologiska symtom.⁶⁷ När så Sigmund Freud (1856–1939), neurolog och psykiater, kom till Salpêtrière 1885, fann han där en grupp psykologer och läkare som försökte spåra människans inre liv genom undersökning av disassociationer och associationer, ärftlighetens betydelse och att psykopatologin kunde kasta ljus över ”det normala”.⁶⁸ Tillsammans med Josef Brauer (också verksam på Salpêtrière) studerade han hysteri och de gav ut *Studien über Hysterie* 1895, där de diskuterade att fysiska symtomen har en mening som blir begriplig mot bakgrund av patientens historia. Det var smärtsamma tidigare upplevelser, bortträngda och omedvetna, som tog sig uttryck i ett fysiskt symtom. Freud intresserade sig för individens psyko-sexuella (libidinösa) utveckling i olika faser. I samband med detta arbete formulerade Freud psykoanalysens grundläggande hypoteser: 1) Det råder en sträng determinism i fråga om de psykiska fenomenen. 2) De medvetna upplevelserna utgör endast en liten del av samtliga psykiska processer.⁶⁹ Med sina fortsatta studier av exempelvis drömtydning och fria associationer formulerade Freud den topografiska modellen: a) det omedvetna, b) det förmedvetna och c) det medvetna. Senare utvecklade han den strukturella modellen för att förstå det mänskliga psyket bestående av a) detet (id), jaget (ego) och överjaget (superego). Freuds teori om psyket och om psykoanalys kan ses som en vetenskap som delvis är hämtad från naturvetenskap, och huvuddragen i psykoanalytisk teori är determinism, dynamik och ekonomi.

66 Idéhistorikern Karin Johannisson har i flera studier skildrat miljöer på hospital och sinnessjukhus ur ett kvinnligt patientperspektiv, se t.ex. Johannisson, Karin (1994). *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de siècle*. Stockholm: Norstedts, och (2015). *Den sårade divan: om psykets estetik*. Stockholm: Bonniers.

67 Makari 2010.

68 Det finns mycket skrivet om Freud och hans verk och här görs en mycket kort sammanfattning i syfte att ge bakgrund till den senare utvecklingen av psykoterapiens framväxt.

69 Haugsgjerd 1972, s. 73; Makari 2010, kap. 2; Luttenberger 1989, s. 24–31.

Det var således en teori om människans psyke som Freud byggde, delvis med hjälp av tidigare forskning vid Salpêrière, delvis med hjälp av tolkande analyser av sina privatpatienters berättelser och delvis med utgångspunkt i sin ”egenanalys”. Utifrån detta skapade han en modell för psykologisk terapi, psykoanalysen. Hans ambition var att psykoanalysen skulle bli erkänd som egen vetenskap.⁷⁰

Psykoanalytikerna

Vid denna första fas var det framför allt läkare som bedrev psykoanalys utan formell utbildning. De läkare som kom att bli intresserade av psykoanalysen tillhörde tre kategorier eller ”specialiteter”. De första två kategorierna var psykiatrer och neurologer som bägge var förankrade i ett akademiskt sammanhang och som arbetade på de stora institutionerna. Den tredje kategorin var de som arbetade som privatpraktiserande nervläkare, dvs. läkare som mötte patienter med olika typer av neurotiska (psykiska) problem och besvär, men som inte bedömdes som så allvarliga att de skulle behandlas på hospital.⁷¹ Under 1900-talets första decennier spreds Freuds idéer över Europa genom hans lärjungar. Samtidigt ökade konflikterna i gruppen kring Freud och den föll så småningom samman.⁷² År 1907 fanns det två freudian-ska centra, ett i Wien (som strävande efter att bli accepterat inom medicin och psykiatri) och ett i Zürich (som hade stöd från privata kliniker och nätverk av sociala och kulturella reformivrare, samt akademiska psykiatrer som studerade psykopatologi).⁷³ Det utformades också nu en psykoanalytisk utbildning. Slutet av 1920-talet präglades av en hel del motsättningar, bland annat om icke-läkares rätt att utöva psykoanalys. Allt fler lekmän började söka sig till psykoanalysen och ville att den skulle utvecklas till en självständig profession.

I Sverige och Norge hade en lite grupp läkare börjat anamma psykoanalysens idéer. Bror Gadelius (1862–1938) som var professor i psykiatri vid Karolinska institutet i Stockholm var vid sekelskiftet 1900 tongivande i den medicinska Freuddebatten. En annan av föregångarna var den norske läkaren Johannes Strømme som i början av 1900-talet tagit djupa intryck av

⁷⁰ Se Makari 2010 för en utförlig beskrivning av de personer som verkade i kretsen runt Freud.

⁷¹ Lutzenberger 1989.

⁷² Makari 2010, s. 3; Reeder 2006, s. 119–132.

⁷³ Johansson 2003; Makari 2010.

såväl Freuds som Carl Jungs teorier.⁷⁴ Otto Wetterstrand, känd nervläkare, presenterade psykoterapin i Svenska Läkaresällskapets tidskrift *Hygiea* 1894, där han likställde hypnotism med psykoterapi.⁷⁵ En annan läkare var Poul Bjerre som kom att verka för psykoanalysens erkännande i Sverige och skulle få stor betydelse några år senare.⁷⁶ Han introducerade Freuds psykoanalys för Svenska Läkaresällskapet 1911 inför en skeptisk läkarkår. Men några år senare (1915) infördes ändå specialistbeteckningen ”psykoterapi” av Svenska Läkarföreningen.⁷⁷ Bjerre och Gadelius blev dock med åren alltmer kritiska till Freud och den psykoanalytiska rörelsen.⁷⁸

Psykologin

Psykologer som yrkesgrupp eller profession fanns ännu inte. Psykologin som självständig vetenskap är också ett senare fenomen.⁷⁹ Wilhelm Wundt etablerade det psykologiska laboratoriet i Leipzig 1879, och detta brukar räknas som disciplinens inledning. När psykologin framträdde hade den sina rötter i två äldre vetenskapsområden, filosofin och fysiologin. Inom filosofin hade psykologiska frågeställningar varit centrala under lång tid. Från fysiologi och fysik hämtade psykologin den experimentella tekniken, som tidigt satte sin prägel på psykologisk forskning.

Wundt och hans efterföljare var *strukturelister*. Psykologins roll var att analysera de medvetna processerna i deras grundläggande element, sensationer, att studera hur dessa element kombineras till högre komplexa mentala processer och att formulera lagarna för denna kombination. I USA kom tidigt den *funktionalistiska* psykologin med William James som den förste företrädaren att leda en annan riktning. Grundtankarna i funktionalismen var att psykologin är en vetenskap om mentala processer, istället för element, att psykologin handlar om medvetandets funktion som förmedlare mellan individ och omgivning och att psykologiska fenomen har en biologisk grund. Kanske mest betydelsefull för psykologins utveckling under 1900-talet var

⁷⁴ Johansson 1999; Luttenberger 1989; Gieser 2009.

⁷⁵ Gieser 2009.

⁷⁶ Gieser 2009; Johansson 1999.

⁷⁷ Gieser 2009; Johansson 1999.

⁷⁸ Johansson 1999.

⁷⁹ Detta är en bearbetning av uppslagsordet psykologi i Nationalencyklopedin, författare David Magnusson & Lars Erik Nilsson.

J.B. Watson och *behaviorismens* grundsatser från 1913. Watson hävdade att beteendet, inte medvetandet, var psykologins forskningsobjekt. Psykologin var en naturvetenskap, forskningen skulle bedrivas med de vetenskapliga metoder som var etablerade i annan naturvetenskaplig forskning, och målet var att förutsäga och kontrollera beteendet. Watson blev också en av de första och främsta företrädarna för den tillämpade psykologin. Med en annan utgångspunkt uppträdde, ungefär samtidigt som behaviorismen, *gestaltpsykologin*. Den hade som sin huvudtes att ”helheten är mer än summan av delarna”, i opposition mot strukturalisternas grundtanke att medvetandet kan analyseras i sina delar. Gestaltpsykologerna var framför allt intresserade av hur den perceptuella organisationen utvecklas och fungerar. Den grundläggande enheten i varseblivningen var helheten, och man lär sig förstå en individ genom att studera hans/hennes varseblivning. När Freud lanserade psykoanalysen i slutet av 1800-talet hade den ingen anknytning till huvudströmningen inom psykologin. Det gällde föreställningen om det omedvetna och om de omedvetna motivens betydelse för beteendet, den tidiga barndomens betydelse för den senare utvecklingen och psykodynamiska begrepp som försvarsmekanismer. Framväxten av utvecklingspsykologiska teorier har sin tydliga grund här. Psykoanalysen blev en del av psykologin och utbildningen till psykolog först under 1960-talet, när psykoterapi växte fram som en ny sida av yrket.

Sammanfattning

Perioden 1850–1915 representerade stora förändringar i Europa avseende synen på och behandlingen av psykisk sjukdom och lidande. Det var idéer och praktiker som så småningom skulle komma att få fotfäste i Sverige. För det *första* gällde det psykiatri som fick ett kvalitativt take-off genom att den institutionella ramen stärktes med sinnessjuklagen varvid läkarna blev ledare för hospitalen och med en förändring från förvaring till korrigerande och behandling. Psykiatri blev vidare en vetenskaplig disciplin och en medicinsk specialitet och obligatorisk del i läkarutbildningen, och psykiatern blev därmed den första professionen i fältet social integration, som i detta läge hörde mer till hälsofältet än till psykosocial integration. En viss ökning av antalet psykiatrer skedde då också. För det *andra* handlade det om sociala rörelser, framför allt anglosaxiska, som den filantropiska och den mentalhygieniska vilka kom att få stor betydelse för det psykosociala

arbetets utveckling och därmed formering av fältet psykosocial integration och mental hälsa skilt från hälsofältet. Den mentalhygieniska rörelsen och dess idéer om förebyggande psykisk hälsovård och rådgivning fick också stor betydelse för att skapa nya institutioner och praktiker utanför sinnessjukhusen. Detta blev i sin tur en grund för socialt arbete. För det *tredje* handlade det om Freuds psykoanalys som på många sätt starkt kontrasterade mot samtidens synsätt inom medicin och psykiatri. Framför allt innebar den att individens känsloliv blev ett område för vetenskap och praktik, och konstruktionen av individen och självreflektionen introducerades. Den kom efter hand att starkt påverka framväxten och förändringen av professionerna inom fältet och deras funktioner. Disciplinering, uppfostran och särskiljning av psykiskt avvikande individer var dock förhärskande ännu decennier framöver. Men med rådgivningen och psykoanalysen infördes samtalet som ny behandlingsmetod, delvis övertagen från prästernas och kyrkans själavård. Samtalet skulle bli mycket centralt i flera människobehandlande professioners arbete. En av dessa, psykologerna – det tredje yrket på fältet psykosocial integration – skulle dock göra sitt inträde betydligt senare.

Fältet konsolideras 1915–1945

Fältet psykosocial integration konsoliderades under denna period dels genom socialpolitiska reformer och ny sociallagstiftning, dels genom de nya ideologiska strömningarna som gav möjligheter för yrkesgruppernas etablering. Avsnittet ger först en kort översiktlig bild av övergripande samhällsförändringar, för att sedan beskriva genomslaget av den mentalhygieniska rörelsen och psykoterapin. Därefter beskrivs utvecklingen av yrkesgrupperna, dvs. psykiatrerna, kuratorerna och psykologerna. Det var också i slutet av denna period som en ny yrkesgrupp, psykoterapeuterna, så sakta etablerades.

Under början av 1900-talet och fram till krigsslutet 1945 skedde en rad förändringar i samhället. Industrialiseringen tog fart vilket bland annat innebar att fler människor flyttade in till städerna. Arbetarrörelsen växte fram tillsammans med en mängd andra organisationer som fick betydelse för utvecklingen av professionerna i fältet. Som nämnts tidigare var CSA en viktig organisation, men det skedde också en utveckling av det som kom att bli yrkesförbund såväl för socialarbetare och kuratorer som för psykoterapeuter.

Institutionerna

Vi ska nu gå tillbaka till institutionerna, lasaretten och sinnessjukhusen för att se framväxten och utvecklingen av psykiatrerna, socialarbetarna och psykologerna. Som vi tidigare skrev skedde en rad förändringar inom sinnessjukvården. Nya sinnessjukhus togs i bruk och sjukhem för lättare psykiskt sjuka och psykiatriska kliniker öppnade (till skillnad mot sinnessjukhusen byggde klinikerna på frivillig vård). Expansionen av sinnessjukvården var stor under perioden, som framgår av tabell 5.1.

TABELL 5.1 Expansionen av sinnessjukvården.⁸⁰

År	Antal patienter på hospital	Antal patienter per 100 000 invånare
1840	1 016	32,4
1850	1 018	29,2
1860	971	25,2
1870	1 247	29,9
1880	1 821	39,9
1890	2 604	54,4
1900	4 602	89,6
1910	7 806	141,7
1920	10 700	181,2
1930	15 861	258,2
1940	26 105	409,7
1950	32 752	466,1
1960	33 752	450,0

År 1929 kom en ny sinnessjuklag där det bland annat föreskrevs fler överläkartjänster än tidigare. Inom den slutna mentalvården infördes familjevård som komplement och tillämpades vid flera sjukhus. Familjevård innebar att patienten bodde hos en familj som var avlönad för detta.⁸¹ I stadgan fanns också bestämmelser om ”hjälpverksamhet”, en öppenvårdsverksamhet i sinnessjukhusets regi. Verksamheten blev bland annat en kuratorsverksamhet

⁸⁰ Sjöström 1992, s. 13.

⁸¹ Sjöström 1992.

för råd och stöd i sociala angelägenheter för patienter och anhöriga.⁸² Behandlingen på sinnessjukhusen bestod huvudsakligen av metoder som insulinchocker, elchocker (ECT) och lobotomi, metoder som hade sin grund i ett biomedicinskt perspektiv. Under 1930-talet var expansionen som störst, och det var nu som psykiatriska kliniker öppnade på de somatiska sjukhusen. Till dessa knöts också psykiatriska öppenvårdsmottagningar.

Den mentalhygieniska ideologin etableras

I såväl Europa som USA uppmärksammades betydelsen av sambandet mellan sociala faktorer och sjukdom. Richard Carbot i Boston är i detta sammanhang en förebild för den svenska utvecklingen. Han betonade behovet av socialt utbildade medarbetare i sjukvården.⁸³ Den mentalhygieniska rörelsen fick genomslag under 1930-talet med ambitionen att utvidga den psykiatriska vetenskapen till att omfatta definitioner av psykisk hälsa och inte enbart definitioner på sjukdom. Katarina Piuva skriver att ”rörelsen strävade efter att nå ut till hela samhället med psykiatriska och psykologiska förklaringar till social framgång och sociala missförhållanden”.⁸⁴ Därmed sattes fokus på förebyggande arbete för att uppnå fysisk och psykisk hälsa. Detta skulle ske genom påverkan av den enskilde individen med upplysning för att därmed komma tillrätta med orsakerna till sjukdom och degenera- tion.⁸⁵ Arbetsstrategin var en sammanslagning av psykiatrisk vetenskap och social, pedagogisk och vårdande kunskap. Man ville nå ut till alla i samhället via upplysning med hjälp av de utbildade, fostrande och vårdande professionerna. (Här ser vi ett tydligt exempel på *professionernas funktion* i samhället.) Därmed görs det möjligt för de professionella att få tillträde till människors vardagsbekymmer. En viktig aktör var Svenska föreningen för psykisk hälsovård (*sfph*) som bildades 1931. Kerstin Hesselgren och Emilia Fogelklou var tillsammans med Viktor Wigert starka krafter bakom denna förening.⁸⁶ Den skulle främja psykisk hälsovård både genom att förbättra befintlig vård och genom förebyggande åtgärder.⁸⁷

⁸² Sjöström 1992, s. 174.

⁸³ Fredlund 1997.

⁸⁴ Piuva 2005, s. 121.

⁸⁵ Olsson 1999.

⁸⁶ Piuva 2005.

⁸⁷ Kollind 2002, s. 67.

Den psykoanalytiska rörelsen

Poul Bjerre som infört psykoanalysen 1911 var drivande i frågan. År 1923 föreslog han också en lärostol i psykoterapi, något som dock realiserades först 2002. Det var en liten grupp pionjärer som under de första decennierna stred för att få psykoanalysen accepterad. De utbildade sig dels i Europa, dels inom den lilla krets som etablerat sig i Norden. Under 1930-talet fanns det mellan fem och tio psykoanalytiker i Sverige.⁸⁸ Flera av dessa pionjärer var kvinnor vilka kom att få stor betydelse för utvecklingen av psykoterapis framväxt.⁸⁹ Nervläkarna som arbetade på privata kliniker började anamma psykoanalysens idéer och metoder i behandlingen av patienter med neurotiska besvär. Det fanns ett starkt motstånd mot Freuds teorier och metoder inom läkarkåren. Den psykoanalytiska metoden ansågs ”vara bristfällig och moraliskt oacceptabel, och därmed utan större praktiskt värde”.⁹⁰ Kritiska diskussioner fördes inom den Svenska Psykiatriska Föreningen under 1920- och 1930-talen. Kritiken var riktad både mot den psykoanalytiska teorin och mot metoden. Specialistbeteckningen i psykoterapi togs bort av Svenska Läkaresällskapet 1924.⁹¹ Den kritiska debatten avspeglade psykiaternas kamp för jurisdiktion inom medicinen, dvs. vidmakthållande och förstärkning i det medicinsk-biologiska paradigmet.

Även om psykoanalysen hade svårt att få gehör bland psykiaternas, fanns ett ökat intresse i befolkningen, inte minst i kulturdebatten. Författare och filosofer förde diskussioner om psykologi, om motiv för gott och ont och om självet – ämnen som var aktuella efter första världskriget. Politiska vänsterpartier diskuterade psykoanalysen som ett instrument för mänsklig frigörelse och klasskamp. Makarna Gunnar och Alva Myrdal var influerade av psykoanalytisk teori och betonade vikten av psykologisk förståelse och förebyggande arbete för att komma tillrätta med sociala problem.⁹² Den offentliga debatten bidrog till att skapa en grund för accepterandet av psykoanalytisk teori utanför de etablerade medicinska kretsarna.⁹³

Differentieringen mellan olika psykoanalytiska inriktningar pågick sedan flera år i Europa och USA. Det fanns kritik mot Freuds psykoanalytiska

⁸⁸ Johansson 2003, s. 16. Mera allmänt om psykoanalysen se t.ex. Gellner (1985).

⁸⁹ Gieser 2009; Luttenberger 1989, 1997; Johansson 2003.

⁹⁰ Luttenberger 1989, s. 343.

⁹¹ Johansson 2003.

⁹² Luttenberger 1989, s. 368.

⁹³ Luttenberger 1989.

metod med fria associationer och långa behandlingstider.⁹⁴ Motsvarande diskussioner och utveckling fanns också i Sverige. Ett exempel är närmandet mellan kyrkans själavård och själavård på psykologisk grund med Poul Bjerres Institutet för medicinsk psykologi och psykoterapi på 1940-talet. Teologers medverkan i psykoterapi skulle emellertid stå under läkares kontroll.⁹⁵ I sådana strider och kontroverser, som mer substantiellt kunde handla om skuldfrågan, förnyades kyrkans själavård och blev en grund för till exempel S:t Lukasstiftelsen och en utveckling av pastoralpsykologin. Den dynamiskt inriktade psykiatrin, representerad av grupperna kring de olika psykoanalytiska föreningarna, var under denna tid isolerad från den akademiska medicinen och anstaltspsykiatrin.⁹⁶

Rådgivningsbyrån och den psykoterapeutiska mottagningen

Både de mentalhygieniska idealen om förebyggande arbete och de nya metoderna för psykoterapeutisk behandling av psykiska problem innebar att en ny typ av vårdinrättningar etablerades. Familjerådgivningen utvecklades med den mentalhygieniska rörelsen och med hjälp av den nya psykologins förespråkare under 1920-talet, där några återfanns inom sfph. Idéer om preventiva åtgärder var också relaterade till socialpolitiken och till psykiatrisk vård.⁹⁷ Bland både professionella och allmänhet fanns ett ökat intresse för psykologi, pedagogik och uppfostringsmetoder. Inte minst avspeglas detta i att skolhälso- och skolpsykologisk verksamhet blev en viktig del i välfärdssamhällets utveckling. Skolan fick en större roll för barnen avseende uppfostrings- och anpassningsproblem och professionella insatser söktes. Barnläkare och barnmedicin möttes i detta och barnpsykiatrin förenade psykiatrer och psykologer. Den första barnpsykiatriska rådgivningen i skolhälsovården inrättades i Stockholm 1919. Det skedde ett slags medikalisering av uppfostrings- och anpassningsproblem och mätinstrument utvecklades. Det efterfrågades nu psykologer.⁹⁸

Förskjutningen av intressefokus från ”kropp till psyke” kan ses som

⁹⁴ Makari 2010.

⁹⁵ Kollind 2002, s. 91.

⁹⁶ Luttenberger 1989, s. 36

⁹⁷ Qvarsell 1996.

⁹⁸ Palmblad 1994.

ett uttryck för en mer generell mentalitetsförändring i fråga om hälso- och personlighetsideal. Karaktärsfasthetens ideal ersätts av den sociala anpassningens och den känslomässiga stabilitetens ideal. Kraven på att via kroppslig hårdning lära sig uthållighet, motståndskraft och självbehärskning kompletteras med krav på social och psykisk anpassning till olikartade och ständigt skiftande situationer. Förmåga att hantera olika situationer och relationer blev alltmer betonade.⁹⁹

Flera rådgivningsbyråer öppnade under 1930- och 1940-talen som var inspirerade av den mentalhygieniska ideologin och pedagogiken. Barn-psykiatriska rådgivningsbyrån öppnade 1932 och 1945 startade en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik för prevention och behandling av psykiska problem bland unga.¹⁰⁰ Rådgivningsbyrån för sexualfrågor öppnades 1942 av kurator Lis Asklund som knöt psykoanalytiker till byrån. Rådgivningens historia visar en differentiering i två olika inriktningar. Det var dels den rationalistiska som siktade mot ett bestämt mål, dels den psykologiska (non-directive counseling) där rådgivaren istället skulle hjälpa den rådsökande att själv formulera målet.¹⁰¹

Flera vårdinrättningar som erbjöd psykoterapeutisk behandling etablerades under perioden. Exempelvis öppnades Åres psykoterapeutiska anstalt 1920, som var ett alternativ för dem som inte hade råd att gå i psykoterapi hos privatpraktiserande läkare.¹⁰² Den första kliniken för psykoterapeutisk behandling öppnades 1931 i Malmö, och 1934 grundades Ericastiftelsen som är Sveriges första läkepedagogiska institut med psykodynamisk behandling för barn och ungdomar. Året efter, 1935, öppnade Tora Sandström, Sveriges första psykoterapeut utan läkarbakgrund, en privat psykoterapeutisk mottagning i Stockholm.¹⁰³ Några år senare grundades S:t Lukasstiftelsen, vars bas vilade på både teologiska och psykoanalytiska teorier, och 1940 bildades Institutet för medicinsk psykologi och psykoterapi. Gemensamt för dessa var att de existerade utanför och oberoende både av de medicinska utbildningsanstalterna och av anstaltspsykiatrien.¹⁰⁴

99 Palmblad 1994, s. 6

100 Brofalk 2004.

101 Kollind 2002, s. 107.

102 Förutom läkare var arbetsterapeuter anställda.

103 Kollind 2002.

104 Reeder 2006, s. 22

Professionerna

Det skedde således under perioden stora förändringar i samhället, inte minst genom att välfärdsstaten byggdes upp med reformer, ny lagstiftning och nya institutioner. Dessutom kom den mentalhygieniska och psykoanalytiska rörelsen att bidra till framväxten och utvecklingen av de professionella och deras samhällsfunktioner. Psykoterapeuterna var vid denna tid få och hade ännu ingen formell utbildning. I den bemärkelsen kunde de ännu inte definieras som en professionell grupp.

Psykiatrerna

Med anledning av det stora antalet inskrivna på sinnessjukhusen och uppbyggnaden av psykiatriska kliniker ökade antalet psykiatrer under perioden. År 1920 var 71 läkare anställda på sinnessjukhusen och de hade ökat till 113 år 1939. Det skedde en differentiering inom psykiatrin i och med att barnpsykiatrin urskildes på 1940-talet. Sätters sjukhus hade från 1912 låst avdelning för särskilt vårdkrävande patienter, vilket var grunden till en senare viktig del i de rättspsykiatriska institutionerna.

Psykiatrin hade under 1800-talets senare hälft utvecklats till en medicinsk specialitet nära den somatiska biologiska medicinen. Vården på sinnessjukhusen handlade mest om anpassning till institutionslivet, där isolering ersattes av sängläge på större salar i kombination med lugnande terapier som bad och viss medicinering i form av ro- och sömngivande medel som brom och opiater (vilka förnyades med barbituraterna i början av 1900-talet) samt senare insulinkoma, elchockbehandling och kirurgisk lobotomi. Samtliga vårdinsatser riktades mot kroppen snarare än själen.¹⁰⁵ Det psykologiska tänkandet i psykiatrin dominerades till stor del av Henrik Sjöbrings s.k. konstitutionspsykologi som innebar ett försök till objektiv beskrivning av personlighetstyper med hjälp av fyra grundegenskaper. Det mest karaktäristiska draget i teorin var dock dess somatiska och naturvetenskapliga orientering.¹⁰⁶ Den vetenskap som bedrevs inom svensk psykiatri fokuserade mer på medicinska, neurologiska, genetiska, fysiologiska, kemiska och farmakologiska problem än på psykiatrisk-morfologiska, psykologiska eller medicinsk-filosofiska frågor. Den sociala linjen intog mer en mellan-

¹⁰⁵ Sjöström 1992, s. 163ff.

¹⁰⁶ Luttenberger 1989, s. 365.

ställning. Den allmänna inställningen inom svensk psykiatri, i syfte att fördjupa den kunskapsmässiga kärnan och stärka sin specialitet, betonade det naturvetenskapliga området.¹⁰⁷

Under 1920- och 1930-talen visade psykiatrerna ett visst ökat intresse för psykologiska och psykoterapeutiska behandlingsmetoder som skulle bilda en mindre fåra inom svensk psykiatri vid sidan om den större biologiska och psykofarmakologiska, vilken fick ett kraftigt genombrott i början på nästa period, 1950-talet. Kring mitten av 1900-talet bröts också läkarnas dominans inom psykoanalysen och större utrymme gavs psykologer och senare socionomer att ta upp detta inom psykoterapeutisk verksamhet. Svenska läkare hade dock under hela perioden haft många kritiker mot psykoanalysen och skulle också senare ha så, medan enstaka psykiatrer kom att företräda psykoanalys och vad som senare hellre kom att benämnas psykodynamisk psykiatri.¹⁰⁸

Socialarbetarna och kuratorerna

Vi skrev inledningsvis att det är *en* aspekt eller *en* yrkesroll för socialt arbete som vi lyfter fram, nämligen kuratorn och mer specifikt kuratorer inom sjukvården och den psykiatriska vården. Historien är dock till stor del gemensam för de socialarbetare som finns inom fältet social reglering. Vi börjar med att beskriva utvecklingen av socionomutbildning för att därefter fokusera kuratorns framväxt.

Utbildning

Det första socialinstitutet, Institutet för socialpolitisk och kommunal utbildning och forskning, inrättades 1921. För att antas till utbildningen krävdes antingen studentexamen eller inträdesprov, och minst ett års förpraktik inom relevanta områden för utbildningen. De ämnen som studenterna läste på Socialinstitutet var nationalekonomi, statskunskap, socialpolitik, juridik, kommunal förvaltning, etik och psykologi. Fogelklou var examinator i psykologiämnet 1923–1929.¹⁰⁹ Hon var starkt influerad av socialpsykologi och psykologisk teoribildning och utvecklade den delen av psykologin som handlade om mänskliga relationer.¹¹⁰ År 1939 startade en fortbildningskurs

¹⁰⁷ I Luttenberger 1989, s. 367.

¹⁰⁸ Johansson 2003, s. 685ff; Cullberg 1984/1999; Ottosson 2003.

¹⁰⁹ Kollind 2003, s. 183–185.

¹¹⁰ Kollind 2003, Gieser 2009.

i socialt arbete vid Socialinstitutet i Stockholm, ”Den mentalhygieniska kursen”. Kursens innehåll var influerat av case-work-metoder och psykoanalytiska teorier. Förutom mentalhygien bestod undervisningen av psykoanalytiska och psykoterapeutiska teorier och metoder. Kursen infördes för att svara mot det ökade behovet av kunskap och kompetens i psykosocialt arbete för kuratorerna inom hälso- och sjukvården.¹¹¹ Genomgången kurs var ett krav för att bli anställd som sjukhuskurator.¹¹²

Framväxten av kuratorsyrket

Under 1920-talet och framåt inrättades fler kuratorstjänster inom sinnessjukvården och inom somatisk vård. Patrik Sjölund var en av förespråkarna och framhöll ”behovet av ett socialt departement vid alla större sjukhus som på ett organiserat sätt skulle ge patienterna bistånd och tillföra sjukvården kunskap”.¹¹³ Inom den somatiska vården inrättades på 1920-talet kuratorstjänster i Stockholm på initiativ från CSA. Den första kuratorn var Jane Norén, som var utbildad sjuksköterska. CSA var drivande och tog initiativ till en utredning som var klar 1935 där man enades om att en social expedition eller rådgivningsbyrå skulle finnas vid de stora sjukhusen. Hjälp skulle ges till patienter i öppen och sluten vård och bestå av rådgivning och bistånd gällande: a) fortsatt vård på annan institution, b) konvalescenstid, c) ekonomiska angelägenheter, d) arbetsförhållanden och e) omsorgen om hem och familj.¹¹⁴

På sinnessjukhusen inrättades ytterligare kuratorstjänster, om än i ringa antal: Göteborg 1923, Lund 1927, Norrköping 1929 och Malmö 1931¹¹⁵, alla organiserade efter olika modeller. I den nya stadgan för sinnessjukvården som trädde i kraft 1 januari 1931 fastslogs att social hjälpverksamhet skulle knytas till sinnessjukhusen. I den sociala hjälpverksamheten ingick att ”förmedla kontakter mellan de intagna och deras anhöriga, att hjälpa sjuka, som inte var i behov av sinnessjukhus till annan lämplig vård, att ta hand om de intagnas tillhörigheter samt att hjälpa utskrivna patienter att skaffa bostad och arbete”.¹¹⁶ Det praktiska kurativa arbetet bestod i att förvalta patienternas medel, magasinera tillhörigheter, utföra betalningar till sjuk- och

¹¹¹ SOU 1962:43.

¹¹² Pettersson 2001; Piuva 2005.

¹¹³ Fredlund 1997, s. 12.

¹¹⁴ Olsson 1999, s. 86.

¹¹⁵ Se Stenshed 2017 som skrivit om Malmökuratorernas historia.

¹¹⁶ Olsson 1999, s. 93.

begravningskassor, ordna transporter och flyttningar, ansöka om ekonomisk hjälp, pension och nedsatt vårdavgift och att ordna eftervårdsplatser av olika slag. Förutom detta var kuratorn också konsult till andra myndigheter och institutioner. Kuratorn, eller hjälpverksamhetsföreståndarinnan, bedrev också uppsökande verksamhet bland dem som skrivits ut. De utförde både stödjande och kontrollerande åtgärder och förmedlade kontakt till andra samhällsresurser utanför sjukhuset.

Under 1930-talet ökade intresset för neuroser och neurosvård. Neuroserna sågs som sociala sjukdomar och patienterna passade inte in på sinnessjukhusen och psykiatriska kliniker började inrättas i anslutning till kroppssjukhusen. När det gällde neuroserna framhölls de sociala utredningarnas betydelse för läkarnas diagnostik och behandling. Det krävdes fackutbildade sociala assistenter. De sociala utredningarna ökade och samtalet med patienten och eventuellt hennes anhöriga kom alltmer i fokus. Kuratorerna gjorde även intelligensmätningar och experimentalpsykologiska prov.¹¹⁷ De kom alltmer att fokusera på känslomässiga problem.

Gränssättning och organisering

Kuratorerna var inte många, ett sjuttiototal var anställda år 1944.¹¹⁸ Under dessa första decennier var det oklart vilken formell kompetens kuratorerna skulle ha. Det sociala arbetet hade under 1930-talet en oklar avgränsning i förhållande till andra yrken, inte minst i relation till läkarna. Kuratorerna sågs som medhjälpare till läkarna och arbetet beskrevs utifrån två aspekter, dels som en kontrollerande verksamhet, dels som ett individuellt arbete som utgjordes av ”social case-work”.¹¹⁹ Oklarheter fanns också i relation till sjuksköterskor. Det var tabu för kuratorerna att delta i direkt sjukvårdsarbete och att vara underställda lasarettets husmor, dvs. ha samma chef som sjuksköterskorna.¹²⁰ Som tidigare nämnts var den första kuratorn, Gertrud Rohde, slöjdlärlarinna medan Jane Norén, den första kuratorn inom somatisk vård, i likhet med majoriteten av kuratorerna var utbildad sjuksköterska. I CSA:s utredning från 1935 diskuterades kuratorers kompetens och det föreslogs en kombination av två års utbildning vid sjuksköterskeskola plus ett års

¹¹⁷ Olsson 1999.

¹¹⁸ Fredlund 1997.

¹¹⁹ Petterson 2001, s. 136–142.

¹²⁰ Olsson 1999.

utbildning vid socialinstitut. En förskjutning hade börjat mot en utökad social utbildning för kuratorer.

Utbyggnaden av rådgivningsbyråerna blev också en plattform för utvecklingen av kuratorsyrket. Inom ramen för dessa syntes framväxten av det preventiva sociala arbetet kring exempelvis barnuppfostran, familjerådgivning, abort- och sexualrådgivning. Barnavårdsnämndens rådgivningsbyrå i uppfostringsfrågor startade i Stockholm 1933. Den skulle ge barnpsykiatrisk service till den sociala barnavården i Stockholm och arbeta förebyggande. Arbetet var först inriktat mot familjer, men verksamheten fungerade också som en diagnostisk central dit skola och barnavårdsnämnder remitterade barn och ungdomar som behövde hjälp. Centralt för det kurativa och rådgivande arbetet var samtalet som metod att påverka och integrera. Under 1930- och 1940-talen utökades teamet med kuratorer och psykologer för såväl diagnostiska som terapeutiska uppgifter. Kuratorerna fick i regel vidareutbildning i USA och England.¹²¹

Yrkesförbundet Svensk kuratorsförening bildades 1944 och skaffade sig en position som språkrör för landets kuratorer. Föreningen fick en viktig roll genom att sprida information, verka för utveckling av kurators yrke och kompetens och anordna studiedagar. Föreningen fungerade också som remissorgan och deltog i diskussionen om olika samhällsfrågor. Kuratorer som anställdts under årens lopp hade skilda yrkesbakgrunder, och kompetens blev en viktig fråga som drevs. Vid årsmötet 1944 antogs en framtida princip att examen från Socialinstitutet skulle gälla som kompetenskrav för kuratorstjänst och för medlemskap i Svensk kuratorsförening.¹²² I och med detta beslut, som föregicks av stridigheter framför allt med sjuksköterskorna, hade kuratorerna avgränsat sitt yrkesfält.

Under perioden ser vi början på en differentiering mellan de kuratorer som arbetade på sinnessjukhusen och de som arbetade på storstädernas hjälpbyråer och rådgivningsbyråer. Differentieringen var också en effekt av den ökade specialiseringen och ny diagnostik. Det fanns också ett klassperspektiv. Det var de allra fattigaste som fanns på sinnessjukhusen. Kuratorn kan under dessa decennier ses som en ”samhällets förlängda arm” som skulle bistå med att *integrera*, eller återbörda, de sinnessjuka vuxna och de vanartiga barnen i samhället.

¹²¹ Olsson 1999.

¹²² Fredlund 1997.

Psykologerna

I Sverige var den akademiska psykologin sedan 1900-talets början knuten till ämnet pedagogik. Där fanns personer som forskade och undervisade i psykologi, och här utbildades de få som kom att arbeta som psykologer.¹²³ I övrigt saknades ännu såväl särskild psykologutbildning som praktiskt tillämpad psykologi. Psykologin tillhörde då och alltjämt samhällsvetenskapliga fakulteten vid landets samtliga universitet. En organisatorisk koppling av psykologi till medicinska och naturvetenskapliga discipliner har däremot varit mycket tydlig i ett internationellt perspektiv. I Sverige har denna koppling bara funnits vid Karolinska institutet i Stockholm.

Med intryck från USA uppstod från slutet av 1930-talet en efterfrågan på urvals- och anlagstest för yrkesvägledning och värnpliktsmönstring. Således inrättades Psykotekniska institutet i Stockholm 1943 och Militärpsykologiska institutet några år senare. Pedagogerna fick i uppdrag från Skolöverstyrelsen att undersöka i vilken utsträckning utvecklingspsykologi kunde användas inom skolan och att utarbeta och genomföra studier om rekryteringen mellan olika skolformer. Detta skedde i huvudsak med den amerikanska positivistiska psykologin som grund. Den kliniska psykologin gavs även den en viss plats i början av 1940-talet genom att psykiatrisk barn- och ungdomsvård inrättades som ett resultat av den statliga ungdomsvårdsutredningen.

Den psykologiska praktiken bestod således främst av ett differentialpsykologiskt arbete med tester som de viktigaste verktygen. Det var dessa metoder som kännetecknade utbildning och tillämpning, snarare än de teoretiska grunderna för dem. Här låg ett slags kvalitativt take-off som bildade en kognitiv bas till yrkets första fas av konsolidering och professionalisering. Den basen har förblivit en väsentlig del i ämnet och i yrkets tillämpning, trots senare utmaningar från andra inriktningar. Det skulle dröja in i nästa period innan psykologerna i större utsträckning kom in på fältet mental hälsa och psykoterapi och motsvarande former av psykosocial integration – och då på mer uttalad teoretisk bas.

¹²³ Nilsson 1978; Bärmark & Nilsson 1987; Rigné 2002.

Psyko­terapeu­ter

Under 1920-talet började psykoanalytiker och psyko­terapeu­ter att organisera sig i förbund. Fram till 1925, då den första psyko­terapeu­tiska utbildningen arrangerades i Sverige, fanns möjligheten till utbildning enbart i det kontinentala Europa. Den första utbildningen arrangerades för både läkare och allmänhet vid Stockholms högskola. Psyko­terapi­n i Sverige började således breda ut sig utanför den medicinska kretsen av psykoanalytiker. Samma år genomfördes också en kurs för läkare på Serafimerlasarettet.¹²⁴

Ett antal förbund bildades i mitten av 1930-talet för att samla professionella och utveckla och driva psyko­terapi­n. Den första psykoanalytiska föreningen (den finsk-svenska) bildades 1934 och blev 1944 Svenska psykoanalytiska föreningen.¹²⁵ Nordiskt psyko­terapeu­tiskt kollegium (NPK), som bildades 1933, var den första professionella skolövergripande sammanslutningen av psyko­terapeu­ter i Norden. Här drevs frågan om statligt kontrollerad psyko­terapeu­tu­tbildning. Sällskapet för medicinsk och psykologisk psyko­terapi (UAÄGP) bildades 1936. Under perioden deltog också svenska psyko­terapeu­ter i internationella kongresser där psykoanalysen debatterades och omfattande debatter fördes internationellt i tidskrifter.¹²⁶ Det var dock ett litet antal personer som hade en vidareutbildning i psykoanalys eller psyko­terapi.

Sammanfattning

Perioden kännetecknas av en långsam utveckling av psykosocial integration med små yrkesgrupper och med en värdeförskjutning från privat filantropism till offentlig solidarisk välfärdsstat med socialliberal och socialdemokratisk reformvilja, vilket skulle lägga grunden till efterkrigstidens starkare uppbyggnad av välfärdsinstitutionerna. Psykiatrin hade sin bas i den expanderande slutenvården i sinnessjukhusen. Där fanns en tilltagande behandlingsoptimism och fortsatt ökat behov av vårdplatser. Vidare tillkom psykiatriska kliniker i anslutning till de somatiska sjukhusen som förde psykiatrin mot öppen vård. Inom den somatiska vården skedde en medicinsk specialisering (inte minst tuberkulosvården), sociallagarna

¹²⁴ Rigné 2002.

¹²⁵ Johansson 2003.

¹²⁶ Gieser 2009; Johansson 2003.

reformerades och den socialkommunala verksamheten bidrog till ökat behov av social kompetens. Sjukhuskuratorer och andra kuratorsyrken etablerades. Den mentalhygieniska rörelsen slog igenom och blev en mer allmän samhällsideologi om att ta tillvara det sunda och friska, vilket till exempel yttrade sig i nya mindre rådgivningsbyråer. En psykoterapeutisk syn på människan och hennes utveckling och därmed psykiska problem innebar att nya behandlingsorganisationer och metoder växte fram och därmed helt andra former för social integration. Även om idén att skilja ut människor som är psykiskt sjuka levde kvar, hade fostrande och förebyggande arbete fått genomslag. Därmed försköts delvis samhällets ansvar mot individens ansvar för integration i samhället genom exempelvis utbildning i hygieniska frågor och rådgivning.

I slutet av perioden skildes barn- och ungdomspsykiatri ut från vuxenpsykiatri och därmed skedde en viss specialisering inom detta yrke. Den somatiska och biomedicinska inriktningen var dock klart dominerande som kognitiv bas. Samtidigt betonades behovet av social kunskap och kompetens inom vården, och en social bas för kuratorerna inom psykiatrisk vård började framträda under perioden. Deras kognitiva bas var dock relativt vag. Kompetensen byggde till stor del på generell samhällsvetenskaplig och juridisk kunskap samt psykosocialt förebyggande arbete. Deras utbildning var yrkesinriktad och utfördes ännu inte inom högskolan. Funktionen för kuratorerna skärptes utifrån behovet av specifik kompetens om sociala frågor, lagstiftning och samarbete med frivilligorganisationer, privat sektor och olika vårdinstitutioner. CSA hade stort inflytande i dessa processer. Kuratorernas uppgift var att hjälpa patienterna tillbaka till samhället genom att ”initiera fortsatt behandling på andra institutioner, ombesörja konvalescens, ta itu med ekonomiska frågor, ge stöd inför arbete och omsorg för hem och familj”.¹²⁷ De organiserade sig i Svensk kuratorsförening 1944.

Psykoanalysen anammades utanför medicinska kretsar och bland allmänheten medan den istället mötte motstånd bland läkare och psykiatrer. Viss inhemsk utbildning i psykoterapi etablerades i några olika sammanhang från 1925. Psykoterapeuterna organiserade sig i kliniker och föreningar. Psykoterapin fick stöd av enskilda yrkesutövare snarare än hela yrkesgrupper. Psykologin låg fortfarande utanför fältet psykosocial integration.

Den konsolidering som skedde under perioden 1915–1945 av fältet

¹²⁷ Olsson 1999, s. 86.

psykosocial integration bestod således framför allt i att det psykoterapeutiska synsättet fick en social bas i mindre och ofta privata institutioner för förebyggande arbete och rådgivning. Psykoanalysen togs upp utanför det medicinska fältet och i viss mån bland allmänheten, samtidigt som den mötte motstånd bland läkare. Psykoterapin hade en svag anknytning till de tre aktuella yrkena som kollektiv och i universitetens forskning och undervisning, och bars snarare upp av enskilda individer, grupper och vissa föreningar.

Fältet professionaliseras, 1945–1985

Inledningen i detta avsnitt är något längre på grund av att det under denna period skedde en mängd samhällsförändringar som påverkade förutsättningarna för professionerna på fältet. Socialpolitiska reformer och genomslag av de tidigare beskrivna ideologiska strömningarna drev på professionaliseringen och en doxa skapades i fältet: (mentalt) förebyggande arbete med samtalet som metod (en psykosocial doxa). Vi börjar med en mer generell överblick avseende socialpolitiska förändringar och institutionernas utveckling. Därefter beskrivs utvecklingen av psykoanalysen, psykoterapin och de olika professionerna på fältet.

Välfärdsstatens expansion och socialpolitisk reglering

Efter andra världskrigets slut expanderade välfärdsstaten. Det var högkonjunktur med full sysselsättning. Rörligheten på arbetsmarknaden var stor och allt fler kvinnor sökte sig ut på arbetsmarknaden. Städerna fortsatte att öka i och med utflyttningen från landsbygden. Kommunerna slogs samman till större enheter. För stora grupper i befolkningen ökade levnadsstandarden. Likaså ökade medellivslängden under perioden. En mängd socialpolitiska reformer genomfördes under perioden. Lagen om allmän försäkring trädde i kraft 1955, vilket innebar att många av de patienter som tidigare fått vård nu hade kostnaderna täckta av försäkringskassan för sjukhusvård, läkarbesök, medicin och uppehälle.¹²⁸ Till den allmänna

¹²⁸ Sjukvårdsförsäkringen omfattade sjukhusvård, läkarvård, resor, läkemedel, sjukgymnastik och konvalescensvård. Vissa läkemedel blev helt fria. Genom sjukpenningförsäkringen fick den sjuke sjukpenning under sin sjukperiod.

försäkringen knöts moderskapshjälpen med fri förlossningsvård och moderskapspenning. Lag om försäkring för allmän tilläggspension, ATP, antogs 1959 och lagarna om allmän pension och allmän tilläggspension samordnades 1962.

Den ideologiska krisen

1960-talet beskrivs ibland som en ideologisk kris. Uppmärksamheten riktades mot ojämlikhet och fattigdom. Publiceringen av makarna Inghes arbete *Den ofärdiga välfärden* och Gustav Jonssons *Det sociala arvet* innebar att det blev synligt att det fanns fattiga i Sverige, trots välfärden.¹²⁹ Demokratidebatten var i fokus och vänsterrörelser gjorde sig hörda, inte minst i opposition mot förtryck och imperialism som exempelvis Vietnamkriget. Medbestämmande och något senare egenmakt, klientmakt och patientmakt var slagorden för perioden och påverkade inte minst hälsosektorn och den sociala sektorn. Man började kritisera medelklassvärderingar om det normala formulerade utifrån mentalhygieniska inflytanden.¹³⁰ Psykologiska och psykiatriska förklaringar ställdes mot sociala och sociologiska.¹³¹ Sådana konflikter pågick sedan under hela perioden och in i nutid. Det s.k. psyko-terapeutiska samhället började nu ta form samtidigt som det kritiserades. I demokratins namn riktades istället uppmärksamheten mot samhällsförhållanden, och individers problem skulle lösas med strukturella metoder och inte individuella.¹³² Samhällsarbete och samhällsplanering skulle prioriteras före individinriktat arbete. Ett exempel på detta var protesterna mot Folksams ”mentalhälsokampanj” vars syfte var att genom samtal stimulera till konkreta åtgärder för att motverka orsakerna till personliga konflikter, vantrivsel, stress och mental ohälsa i arbetslivet. Genom samtal ville man således uppnå anpassning och motverka psykisk ohälsa. Arbetsgruppen mot mentalhälsokampanjen bildades där man hävdade att ”kampanjen dolde

129 Låginkomstutredningen tillsattes 1965 och den tidigare nämnda Socialutredningen är också ett resultat av dessa debatter.

130 Lohmann 1990, s. 17ff. Se också Berggren & Trägårdh (2009). Parallellt utvecklades en motrörelse inom bland annat Svenska arbetsgivareföreningen och Moderata samlingspartiet som i slutet av 1980-talet istället skulle formulera egenmakt i termer av valfrihet.

131 Ett utmärkt exempel på denna polarisering är Rosmari Eliasson (1979). *Den nya psykiatrin i korseld. En rapport från Skå om Nackaprojektet, psykoterapi och ideologi*. Stockholm: Prisma.

132 Pettersson 2001.

den grundläggande motsättningen mellan arbetare och kapitalägare samt att skapa lojala, produktiva och i grunden maktlösa människor”.¹³³

Samtidigt aktualiserades åter begreppet normalitet. Enligt Piuva skedde ett slags avindividualisering av normalitet och psykisk hälsa. Normalitet användes då som en beskrivning av det statistiskt normala mönstret av livet i samhället. Marginaliserade grupper skulle normaliseras med socialt arbete och principer för normalitet. I Sverige inträffade ett genombrott i denna riktning omkring 1970, vilket innebar att behandlas som normal och att ha möjligheter att leva ett normalt liv, skulle vara detsamma som att ha ett normalt dagligt liv.¹³⁴

Institutionernas utveckling och avveckling

Den slutna sjukvården fortsatte att byggas ut under 1950- och 1960-talen.¹³⁵ Inom psykiatrisk verksamhet fanns de flesta vårdplatserna på mentalsjukhusen, samtidigt skedde en utbyggnad av psykiatriska kliniker på lasaretten. År 1967 infördes lagen om slutna psykiatrisk vård i särskilda fall (LSPV). Samtidigt flyttades den statliga mentalhälsovården över till landstingen. LSPV var en tvångslag, medan sjukvårdslagen gällde för dem som sökte vård frivilligt. Liksom tidigare vårdades patienter med psykossjukdomar vid mentalsjukhusen medan övriga patienter med psykiska problem som neurotiska besvär, lättare depressioner etc. fick vård på de psykiatriska klinikerna som också drev omfattande öppenvård. Demokratidebatten påverkade mentalsjukvården i hög grad, och sjukdomsbegrepp och behandling ifrågasattes. Antalet vårdplatser ökade och öppenvården byggdes ut. År 1950 fanns det åtta psykiatriska mottagningar.¹³⁶

Under 1950-talet kom nya psykofarmaka, neuroleptika, som innebar att psykotiskt sjuka patienters symtom gick att dämpa, ofta kallat den psykofarmakologiska revolutionen. Därmed minskade behovet av låsta avdelningar och fler patienter med psykossjukdom kunde skrivas ut från sjukhusen. Enligt Jürgen Reeder är det en av de enskilda faktorer som mest bidragit till att bryta ned den traditionella psykiatrins dominans.¹³⁷ Det skedde därmed en förskjut-

¹³³ Pettersson 2001, s. 213–214; Mindus 1968; Christiansson 1969.

¹³⁴ Piuva 2005, s. 64.

¹³⁵ Se kapitel 6.

¹³⁶ Reeder 2006.

¹³⁷ Reeder 2006.

ning av den förhärskande synen på de psykiskt sjuka och deras behandling. Rehabiliteringsverksamheter byggdes ut och under 1970-talet ökade intresset för förebyggande arbete inom såväl psykiatrin som socialvården och fler rådgivningsbyråer öppnade.

Avinstitutionalisering och sektorisering

I och med att patienter nu kunde skrivas ut från mentalsjukhusen, startade avinstitutionaliseringen i den svenska mentalvården. Detta skedde genom samspel mellan många faktorer. Per Bülow lyfter fram flera förklaringsmodeller till detta, bland annat den förbättrade medicinska teknologin som nämndes ovan.¹³⁸ Andra faktorer var ekonomiska överväganden, förändrad psykiatrisk diskurs och kritik mot mentalsjukhusen.¹³⁹ Urban Markström betecknar avinstitutionaliseringen som:

Den process då de stora mentalsjukhusen avvecklas och de före detta patienterna flyttar till andra boendeformer eller eget boende. Med avinstitutionalisering avses här också de nya politiska och vårdideologiska ideal som blivit vägledande i förändringsarbetet samt de arbetsformer, med inriktning mot samhällsbaserade insatser, som syftar till att ersätta institutionsvården.¹⁴⁰

Avinstitutionaliseringen innebar således en ny inriktning för samhällsbaserade insatser för personer med psykiatriska sjukdomar och problem. Sektoriseringen var ett nytt sätt att organisera psykiatrisk verksamhet utifrån tre huvudsakliga principer.¹⁴¹ Dessa var följande:

1. Organiseringen av insatserna är relaterade till ett avgränsat geografiskt område.
2. Organisationen har ansvar för alla invånare inom detta område.
3. Organisationen är indelad i ett antal verksamhetsområden som täcker alla nivåer av psykiatrisk verksamhet.¹⁴²

¹³⁸ Bülow 2004, s. 36–39.

¹³⁹ Inte minst fick Foucaults och Goffmans arbete betydelse.

¹⁴⁰ Markström 2003, s. 89.

¹⁴¹ Markström 2003; Bülow 2004.

¹⁴² Markström 2003, s. 99.

Ett av målen med sektoriseringen var att öka den psykiska hälsan i befolkningen och att genom preventivt arbete reducera antalet sjuka och insjuknande i psykiska sjukdomar. Här ser vi tydligt en av de bärande principerna i den mentalhygieniska diskursen. Andra mål var att reducera antalet personer i slutenvård och att begränsa vårdtiden och antalet inläggningar. Flera strategiska dokument om den psykiatriska vårdens organisation presenterades från Socialstyrelsen under första delen av 1970-talet som visar en tydlig ny inriktning mot öppen och sektoriserad psykiatrisk vård och avståndstagande från de förhärskande vårdstrukturerna. Socialvårdens roll i arbetet betonades alltmer. I och med avinstitutionaliseringen och sektoriseringen ökade den psykiatriska öppenvården och därmed öppnades möjligheter för professionella grupper som kuratorer och psykologer inom dessa verksamheter. Till stor del organiserades de professionella som team, bestående av psykiater, psykolog och kurator (här fanns också andra yrkesgrupper från det medicinska fältet, till exempel sjuksköterskor, skötare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster). Organiseringen av den nya vårdorganisationen lade också grunden för möjligheten att praktisera psykodynamisk teori och metod, vilket diskuteras längre fram i kapitlet.

Utvecklingen av psykoterapi

Vi har ovan beskrivit några av de övergripande samhälleliga och institutionella förändringarna. Samtidigt skedde en utveckling av psykoanalysen och andra psykoterapeutiska riktningar. Efter andra världskrigets slut utvecklades de psykoterapeutiska teorierna och metoderna. Efterföljare i den psykoanalytiska traditionen var exempelvis Melanie Klein och Donald Winnicott med objektrelationsteorin¹⁴³, Carl Rogers humanistiska psykoterapi från 1940-talet, B. F. Skinners beteendeterapi och Albert Ellis och Aaron Becks kognitiva psykoterapi¹⁴⁴, och på 1970-talet introducerades familjeterapeutiska metoder i Sverige.¹⁴⁵

Olika psykodynamiska riktningar utifrån psykoanalytiska teorier vävdes samman i det som kom att benämnas *dynamisk psykiatri*. Enligt Frans Luttenberger¹⁴⁶ innebar detta att Freuds dominans minskade och gjorde

¹⁴³ Igra 1984.

¹⁴⁴ Larsson 2010.

¹⁴⁵ Carlsson, Schubert, Sandell, Blomberg, Lazar & Broberg 2000; Egidius 1976.

¹⁴⁶ Luttenberger 1989.

det möjligt för psykiatrer att integrera psykologiska och psykoterapeutiska teorier i sin kognitiva bas. Psykodynamisk psykoterapi blev ett slags paraplybegrepp som kom att ställas mot beteendeinriktade terapier. Den hade och har starka rötter i psykoanalys, och terapins mål är lösning av såväl inre som mellanpersonliga konflikter fram mot självförståelse, mognad och förmåga att kontrollera sitt eget liv. Psykoanalytiska begrepp som omedvetenhet, jaget, självet jämte försvarsmekanismer och konflikter blev framträdande. Relationen mellan terapeut och patient blev fortsättningsvis mycket viktig för terapin. Begreppet system blev centralt i den familjeterapeutiska utvecklingen av psykodynamiken.¹⁴⁷ Johan Cullbergs böcker *Kris och utveckling* från 1975 och senare *Dynamisk psykiatri* från 1984, som utkom i många upplagor, gav psykodynamiken stor spridning inom både psykiatri, psykologi och socialt arbete.

Per Magnus Johansson ger följande insiktsfulla och sammanfattande reflektion om skillnader mellan psykoanalytisk och beteendeinriktad terapi som också gäller för psykodynamisk inriktning.

Det finns en avgrundsdeep skillnad mellan den person som ser människan som ett modifierbart och styrbart objekt och den som tar risken att låta henne tala utifrån sin sårbarhet i förhållande till det andra könet och den sociala scenen. Det senare utgör det kliniska psykoanalytiska arbetets utgångspunkt. Grundförutsättningen för ett sådant arbete är att någon, den potentiella patienten eller analysanden, vänder sig av egen fri vilja till en psykoterapeut eller psykoanalytiker i en önskan om att förstå mer om sig själv – om sin rädsla, sina konflikter, irrationella tankar och handlingar, sina skiftande tillkortakommanden och känslor av mindervärde, sin sorg, sin känsla av meningslöshet och sina misslyckanden i arbets- och/eller kärleksliv.¹⁴⁸

Psykoterapi med beteendeinriktning blev hårt kritiserad under slutet av 1960-talet såväl inifrån som från vänsterpolitiskt håll och från sociologin.¹⁴⁹ Debatten handlade till stor del om normalitetsbegreppet. Det sågs som en social konstruktion som definierades av den styrande klassen. Olik-tänkande riskerade att stämplas som sjuka och psykiatrin betecknades som ett kontrollinstrument. Företrädare för kritiken var bland andra Thomas

¹⁴⁷ Cullberg 1984/1999.

¹⁴⁸ Johansson 2003, s. 465–466.

¹⁴⁹ Lohmann 1990; Gieser 2009; Reeder 2006.

Szasz, Ronald Laing och Michel Foucault.¹⁵⁰ Avinstitutionalisering förespråkades och nya miljöterapeutiska arbetsmetoder infördes, vilket också stödde bildandet av patientorganisationer. Den interna kritiken innebar att olika terapimetoder diskuterades där manipulation av patienter sågs som förkastlig. Detta gav istället indirekt stöd åt en psykodynamisk inriktning med starka kopplingar till den vänsterpolitiska samhällskritiken.

Socialstyrelsens utredning om den psykiska hälsan startade 1969 och utmynnade i socialutskottets betänkande ”Om psykiatrisk hälso- och sjukvård m.m.” 1980.¹⁵¹ Avsikten med denna utredning var ett förslag om inrättande av ett folkhälsoinstitut. Förslaget avvisades med motiveringen att det inte var statens uppgift att reglera personlighetsutveckling. Istället skulle resurser avsättas till forskning och förstärkning av redan befintliga aktiviteter. Man betonade också att psykiatrins individcentrering höll på att ersättas av ett mer samhällspsykiatriskt synsätt.¹⁵² Enligt Cullberg tog denna utredning död på den anti-psykiatriska debatten, och vinsten var att man insåg behovet av psykoterapi och psykoterapiutbildning.

Psykoterapi institutionaliseras

Från och med 1950-talet ser vi hur psykoterapiområdet började konstitueras, inte minst genom krav på reglerad utbildning och etableringen av yrkesföreningar. Erikastiftelsen i Stockholm fick erkännande som utbildningsinstitut för barnpsykoterapi 1955. Psykoterapeutisk utbildning gavs än så länge av privata psykoterapeutiska organisationer, exempelvis Svenska Psykoanalytiska Institutet, Svenska Föreningen för Holistisk Psykoterapi och Psykoanalys, S:t Lukasstiftelsen, Ericastiftelsen och Psykoterapiinstitutet. Det fanns ingen samordnad utbildningsuppläggning eller samordnade examinationskrav för de olika utbildningsanordnarna förutom kravet på egenterapi och handledning i det psykoterapeutiska arbetet. Utmärkande för utbildning i psykoterapi med psykoanalytisk inriktning i Sverige fram till slutet av 1970-talet var alltså den stora variationen av mindre institut med svag koppling till akademisk psykiatri och psykologi och med i många fall okritisk hållning till psykoanalytiska begrepp och metoder som upp-

¹⁵⁰ Shorter 1997.

¹⁵¹ Socialutskottet 1980.

¹⁵² Piuva 2005.

rätthöll distans till andra terapeutiska och psykiatriska riktningar.¹⁵³ Men samtidigt rådde länge stor skillnad mellan de två storstäderna Stockholm och Göteborg. I Stockholm hade det funnits viss utbildning sedan 1930-talet, medan sådan kom till i Göteborg först från mitten av 1960-talet.¹⁵⁴ Svenska psykoanalytiska föreningen motarbetade utbildning i psykoanalys på andra orter än Stockholm. Göteborgs Psykoterapi Institut och deras utbildning var ett svar på detta.¹⁵⁵ Vidare var kontakterna mellan praktiserande psykoterapeuter och universitetens psykologiska institutioner betydligt mindre, och ofta frostigare, i Göteborg. I Stockholm fanns fler psykodynamiskt inriktade psykiatrer än i Göteborg, vilket också gav mindre kontaktytor mellan olika terapiformer och till akademisk utbildning och forskning.

Jan-Otto Ottosson berättar om några av sina erfarenheter av konflikter kring psykoterapi i sin bok *Psykiatrin i Sverige*.¹⁵⁶ Som ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen hade han fått stort gensvar när han där drev frågan om psykoterapi i Stockholm – också från psykologer och socionomer. Väl i Göteborg efter 1970 mötte han istället stort motstånd från kollegor, varav en grupp lämnade föreningen. Denna konflikt gav upphov till ett möte som skulle komma att få stor betydelse och refereras till utifrån den plats där det ägde rum, Hooks herrgård. Mötet resulterade i ett manifest, vilket enligt Ottosson markerade slutet på konkurrensen mellan vårdyrkena.

Mot en statligt legitimerad psykoterapiutbildning

Ett första steg mot en statligt reglerad utbildning togs när Utbildningsdepartementet 1969 uppdrog åt Universitetskanslersämbetet att utreda utbildning i psykoterapi. Andra drivande aktörer var Svenska Psykiatriska Föreningen som kallade till möte på Hooks herrgård i november 1970 i syfte att formulera ett manifest om behovet av en statligt reglerad utbildning. På mötet samlades psykologer, psykiatrer och representanter för olika psykoterapeutiska inriktningar. Flera av dessa återfanns i det urval som Socialstyrelsen senare kom att ha som godkända psykoterapiformer för legitimation. Samma år införde Mentalvårdsbyrån en tvåårig psykoterapeututbildning för landstingsanställd personal.

¹⁵³ Johansson 2003.

¹⁵⁴ Johansson 2009, s. 516–517.

¹⁵⁵ Johansson 2009, s. 292.

¹⁵⁶ Ottosson 2003, s. 84–85.

Behovet av psyko­terapeutisk utbildning för olika personalkategorier betonades på Hook-mötet. I manifestet från mötet föreslogs en grundläggande psyko­terapeutisk utbildning för all omsorgspersonal.¹⁵⁷ Den skulle innehålla både generell och specialiserad psyko­terapi, liksom en utbildning för psyko­terapihandledare och lärare. Psyko­terapicentrum bildades som ett resultat av mötet och skulle verka för utvecklingen av den svenska psyko­terapin. Utredning och planering för en statlig psyko­terapiutbildning påbörjades och kommissionen gjorde en noggrann analys av behovet av psyko­terapi, vetenskaplig evidens av psyko­terapeutiska metoder, estimering av målgrupper och kursplaner för utbildningen.¹⁵⁸ Träning och utveckling av teamarbete var viktiga aspekter. Kommissionen diskuterade också psyko­socialt arbete som förebyggande, rådgivande och stödjande arbete, där social förmåga och psyko­logisk förståelse betonades. I detta mycket omfattande arbete inför den första statliga psyko­terapiutbildningen var socialvården en viktig samarbetspartner.

Psyko­terapin kan ses som institutionaliserad i och med etablerandet av den första statliga psyko­terapiutbildningen 1978, och Umeå blev den första utbildningsorten. Utbildningen var delad i två steg. Steg 1 var en introduktionskurs i grundläggande kunskap i psyko­logiska teorier, metoder och handledd träning. Den formades för professionella som saknade kunskapen i sina grundutbildningar. Det gällde psykiatrer, socionomer, sjuksköterskor och präster. Även mentalskötare hade tillträde till steg 1-utbildningen trots att de oftast inte hade någon högskoleutbildning. Steg 2 i utbildningen var den del som ledde till legitimerad psyko­terapiexamen och till denna hade enbart psyko­loger omedelbart tillträde. Ytterligare en del, steg 3, inkluderades i utbildningen, nämligen till psyko­terapihandledare. Utbildningen omfattade 30 poäng för steg 1 och 60 poäng för steg 2.¹⁵⁹ De två första utbildningsorterna för den statliga psyko­terapiutbildningen var Umeå och Stockholm och dimensionerades till 24 platser på vardera orten.

Psyko­logerna föreslog en enhetlig psyko­terapiutbildning för psyko­loger och psykiatrer, med exkludering av de andra yrkesgrupperna. Stängnings-

157 Psykiatrer, psyko­loger, kuratorer, psykiatriska sjuksköterskor och mentalskötare. UKÄ-rapport 1975:24.

158 Egidius 1976.

159 Steg 1 i utbildningen innebar tre till fyra terminers studier på halvtid. Steg 2 i utbildningen var den legitimationsgrundande utbildningen och omfattade fyra terminers halvtidsstudier. UHÄ-rapport 1985:14.

ambitionen misslyckades, och även socionomer, sjuksköterskor och präster fick tillträde till utbildningen. Tonvikten på en gemensam psykoterapeutisk utbildning för flera yrkesgrupper var avgörande för psykoterapeuternas professionalisering.¹⁶⁰ Processen till en statlig psykoterapeutisk utbildning som startade i och med Hook-manifestet utgör ett tydligt markerat kvalitativt take-off för den psykosociala integrationens fält. Såväl kognitiva som sociala aspekter av psykoterapi var nu etablerade i fältet.

Nya verksamheter och den dynamiska psykiatrin

De första verksamheterna i offentlig regi som var inspirerade av psykoanalytisk teori var familjerådgivningsverksamheterna och Barnbyn Skå som öppnade 1948. Under 1950-talet byggdes psykiska barn- och ungdomsverksamheter upp med Mentalvårdsbyrån¹⁶¹ som var viktig för psykoterapiutbildningen.

I slutet av 1960-talet fanns det tre tongivande psykiatrer som påverkade utvecklingen av psykoterapi och dynamisk psykiatri. Det var Johan Cullberg, Clarence Crafoord och Bengt Berggren. I och med avinstitutionaliseringen och sektoriseringen öppnades möjligheten att tillämpa psykoterapeutiska metoder, och de psykiatriska kliniker som öppnades i bostadsområdena var präglade av dynamisk psykiatri. Nacka-projektet ses av många som en milstolpe i svensk psykiatri. Det igångsattes 1974 av Berggren, och även Cullberg verkade där. Nacka-projektet skulle erbjuda alternativ till den dominerande mentalsjukhusvården. Inriktningen var psykoterapeutisk behandling och man prövade olika slags grupp- och individualterapi, social träning och modernare varianter av miljöterapi, och intresset för psykoanalys växte. Den dynamiska psykiatrin bestod av små mottagningsenheter för öppen vård och hade sin verksamhet ute i bostadsområdena. Det var en omstrukturering av psykiatrisk verksamhet med mindre enheter, skyddat boende och tätt samarbete mellan hälsovård, sjukvård och socialvård. Inom den psykiatriska vården satsade man på psykoterapeutisk kompetensutveckling för personalen. Projektet gav psykoterapin ökad legitimitet som behandlingsmetod.¹⁶² I Luleå startade 1972 Psykiatriska verksamheten

¹⁶⁰ Reeder 2006, s. 32.

¹⁶¹ Mentalvårdsbyrån bytte senare namn till Psykoterapiinstitutet och är Stockholms läns landstings psykoterapiinstitut.

¹⁶² Gieser 2009; Eliasson 1979.

(PV), som hade en familjeterapeutisk inriktning till skillnad mot den mer individual-psykoterapeutiska inriktningen i Nacka-projektet. Tanken var att psykoterapi skulle finnas tillgänglig för alla medborgare.¹⁶³ Den nya policyn innebar att psykiatrisk forskning och mentalhälsovård ledde till en total omorganisation från slutna mentalsjukhus till öppen vård.¹⁶⁴

Professionerna befäster fältet

Utbyggnaden av dynamisk psykiatri möjliggjorde expansionen av professionella med psykologisk, psykosocial och psykoterapeutisk kompetens. Psykologerna började i allt högre grad arbeta på de olika rådgivningsbyråerna och på 1960-talet kom psykoterapin att betraktas som ett område för psykologerna.¹⁶⁵ Psykiatern Hartelius hade debatterat för ökat behov av psykoterapeuter och såg det först som en kompetensökning för läkarna men ändrade sedan sina ståndpunkter och hävdade att alla människobehandlare behövde psykoterapeutiska kunskaper. Vi ser kvantitativa take-off för psykiatrer, psykologer och socionomer särskilt under 1970-talet. Vi ska här beskriva utvecklingen och hur de mer eller mindre kom att inkorporera psykoterapin i sina domäner.

Psykiatrerna

Under 1940-talet ökade intresset för psykoterapeutiska metoder. Med genombrottet för psykofarmakologin på 1950-talet fick emellertid psykiatrin en avsevärt starkare biologisk och medicinsk inriktning: antipsykotiska, antidepressiva och ångestlindrande läkemedel riktades mer mot själen än kroppen. Det var först under 1960- och 1970-talen som psykiatrerna i större omfattning accepterade psykoterapeutiska metoder som en del i det psykiatriska arbetet, vilket beskrevs i avsnittet om dynamisk psykiatri.¹⁶⁶ Föreningen för medicinsk psykologi antogs 1964 som en sektion i Svenska Läkaresällskapet i syfte

¹⁶³ Cullberg 1984/1999; Eliasson 1979.

¹⁶⁴ Qvarsell & Eriksson red. 1997.

¹⁶⁵ Gieser 2009.

¹⁶⁶ I USA däremot togs psykoanalysen tidigt emot positivt av neurologer och andra läkare. Psykoterapin blev där ett offentligt monopol under förra hälften av 1900-talet, och psykoanalysen blev den organiserande strukturen för en ny jurisdiktion fokuserad på personliga problem, medan den organiska neurologin ställdes i opposition (Abbott 1988, s. 306f). (Prästerna förlorade där sin jurisdiktion över behandling av personliga problem redan på 1920-talet.)

att främja den vetenskapliga utbildningen i psykoterapi, och den Svenska Psykiatriska Föreningen anordnade en konferens i psykoterapi 1967. Svensk psykiatri utvecklades nu tydligare i två olika riktningar, dels en psykosocial, dels en biomedicinsk inriktning. Samtidigt skedde under perioden ytterligare en organisatorisk differentiering och specialisering inom psykiatrin: allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri.¹⁶⁷

Psykiatrernas kognitiva bas

Psykiatrins utgångspunkt är psykopatologin, läran om psykiska symtom. Psykiska störningar diagnostiseras ofta enligt kriterier som anges i diagnostiska manualer. Första utgåvan av *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM I)* kom 1952. Den utges av American Psychiatric Association, senaste utgåvan är DSM-5 från 2013. En annan manual är *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* utgiven av WHO. Den förstnämnda har haft omfattande inflytande på forskning även i Sverige, medan den senare fortsatt används för diagnoser.¹⁶⁸ Den första kan användas för att avläsa psykiatrins utveckling och förändring, som Thomas Brante gör när han konstaterar att de två första versionerna vilade på en psykodynamisk grund med mindre vikt på symtom och mer på kausala mekanismer.¹⁶⁹ DSM III från 1980 visade ett slags paradigmskifte. Klassificeringarna utgick nu mera från symtom och mindre från orsaker, och gränserna mellan normalt och onormalt framställdes som skarpare. Här övergavs den psykodynamiska grunden, vilket kan förklara psykiatrers minskade intresse för psykoterapi därefter. Antalet diagnoser har ökat starkt med varje ny version. För psykiatrer ligger således tonvikten på diagnostik och somatiska undersökningar och *föreskrift av behandlingar*. Den alltmer differentierade diagnosticeringen bidrar till att öka deras jurisdiktion.

Psykiatrernas professionalisering var en del av hela läkarkårens professionalisering kring förra sekelskiftet. Den stärktes sedan med expansionen av sinnessjukhusen fram till 1960 då avvecklingen inleddes och vidare med utbyggnaden av psykiatrisk öppenvård från 1940-talet. Den psyko-farmakologiska revolutionen under 1950-talet gav psykiatrerna helt andra

¹⁶⁷ Ottosson 2004.

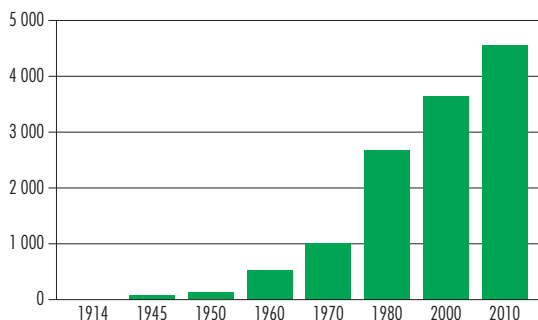
¹⁶⁸ Brante 2006.

¹⁶⁹ Brante 2006, s. 73.

behandlingsmetoder som senare har utvecklats språngvis i flera omgångar. Den somatiska och biomedicinska dominansen var hela tiden betydande. Där fanns en stark ambivalens till psykoterapin som tidvis skapade konflikter inom specialiteten och till den övriga läkarkåren. Utmärkande för den svenska läkarkåren och läkarna var deras ambivalens till psykoterapin under hela 1900-talet med enstaka psykiatrer som utbildade sig i och kom att företräda psykoanalys eller psykodynamisk terapi. Vissa psykiatrer (främst i Stockholmsområdet) utgjorde bryggor mellan en biologisk psykiatri och en psykodynamisk psykoterapi.¹⁷⁰ Läkarnas dominans i psykoanalysen bröts vid mitten av seklet till förmån för psykologer, även om läkare också senare bjöd motstånd mot att låta psykologer komma in i sjukvården.

Kuratorerna

För socialt arbete som helhet och för kuratorerna skedde en etablering under denna period. Antalet utbildningsorter blev fler och antalet examinerade socionomer ökade.¹⁷¹ Det fanns drygt 70 sjukhuskuratorer i slutet av 1940-talet, 1970 hade de ökat till 1 000 anställda och 1980 var de över 2 500 anställda, vilket därmed utgjorde ett kvantitativt take-off för kuratorerna.¹⁷²



FIGUR 5.2 Kuratorer anställda inom somatisk och psykiatrisk vård 1914–2010.¹⁷³

¹⁷⁰ Johansson 2003, 2009.

¹⁷¹ Se kapitel 4.

¹⁷² Från den offentliga statistiken kan kuratorer inom psykiatrisk verksamhet inte skiljas ut, med vissa undantag. Vår skattning från våra statistiska data är att cirka 30 procent av kuratorerna arbetade inom olika psykiatriska verksamheter.

¹⁷³ Statistik för åren 1945–1980 är hämtad från SCB:s statistik över hälso- och sjukvårdspersonal. Statistik för år 2000 är hämtad från *Statistisk årsbok för landsting* 2001 och statistik för 2010 är hämtad från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2011.

Kuratorerna var den personalgrupp inom de socialvårdande yrkena som hade högst procent socionomer. Enligt Kommunaltjänstemannaförbundets medlemsstatistik från 1957 var 87 procent av de anslutna kuratorerna socio-nomer.¹⁷⁴ Det fanns flera skäl till ökningen av antalet kuratorer. Dels fanns det ett ökat behov genom utbyggnaden och specialiseringen av psykiatrin, dels hade yrkesförbunden drivit på utvecklingen. Den mentalhygieniska diskursen och de psykoterapeutiska teorierna och metoderna hade förankrats bland kuratorerna, vilket ledde till ökad specialisering.

Arbetsituationen för kuratorer inom psykiatrisk verksamhet skilde sig åt beroende på om de arbetade på mentalsjukhus eller vid psykiatriska kliniker och mottagningar. På mentalsjukhus ansvarade de för ett stort antal vårdplatser och ibland också för familjevård och hjälpverksamhet. Arbetsfördelningen var ofta oklar mellan kuratorer och andra befattningshavare (framför allt psykiatriska sjuksköterskor). Vid de psykiatriska klinikerna och öppenvårdsmottagningarna hade kuratorer ett mer avgränsat arbetsområde, en centralare placering och en mer självskriven plats i vårdlaget.¹⁷⁵ Kuratorer bidrog med sociala utredningar eller social anamnes som underlag för diagnostik och behandling. Vid ansökan om tvångsvård var en levnadsberättelse obligatorisk fram till 1967. Under 1970-talet minskade behovet av kurators utredningsarbete, dels beroende på att läkarnas anamnes innehöll fler uppgifter, dels för att sjuksköterskorna i öppenvården samlade information vid hembesöken hos patienterna. Det fanns också ideologiska skäl, som en förskjutning i arbetet mot mer samtalskontakter av behandlande art med patienterna. Rådgivning blev allt vanligare avseende exempelvis problem med arbete, ekonomi, familj eller eftervård. Kuratorerna förmedlade fond-medel och kontakt med socialvården och med enskilda hjälporganisationer. Casework-metoden hade börjat införas under 1950-talet i Sverige, men den fick aldrig genomslag.¹⁷⁶ Psykiska kriser uppmärksammades under 1970-talet och kristeam inrättades där kuratorn var en av teammedlemmarna. Kuratorerna började alltmer intressera sig för samtalsbehandling med psykoterapeutisk inriktning.

Inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården ingick kuratorn i ett team som bestod av barnpsykiatrer, psykologer, kuratorer och pedagoger.

¹⁷⁴ SOU 1962:43.

¹⁷⁵ Olsson 1999.

¹⁷⁶ Se t.ex. Petterssons (2001) beskrivning av casework-metoden i USA och Sverige.

Kuratorn hade ofta en självständig ställning i teamet. Kuratorns huvuduppgifter var att genom samtal med föräldrarna utreda barnets eller den unges sjukhistoria och sociala miljö. Utredningen sammanfattades i en social diagnos om styrkor och svagheter, såväl yttre som inre, som man måste ta hänsyn till för den fortsatta behandlingen. Kuratorn hade också samordnande ansvar med andra vårdgivare som exempelvis socialvården.¹⁷⁷ Under 1970-talet blev familjebehandling och familjeterapi allt vanligare inom barnpsykiatrisk verksamhet och kuratorerna vidareutbildade sig i detta.¹⁷⁸

De ideologiska debatterna som präglade 1960- och 1970-talet påverkade socialt arbete i hög grad. Ulla Pettersson menar att det var en identitetskris i det sociala arbetets historia.¹⁷⁹ Det ledde till en inomprofessionell delning där en falang ville behålla det gamla och ytterligare fördjupa de terapeutiska inslagen i behandlingen av klienter. Den andra falangen sökte alternativa modeller där de sociala problemen sågs som samhällsproblem.

Socionomutbildning

Framväxten av välfärdsstaten under 1940-talet innebar ett ökat behov av personal inom den offentliga sektorn, och fler socionomutbildningar tillkom.¹⁸⁰ Därmed ökade också antalet utexaminerade socionomer med en tredubbling i början av 1970-talet, som framgår av tabell 5.2.

TABELL 5.2 Antal utexaminerade socionomer, 1969/70–1973/74.¹⁸¹

1969/70	1970/71	1971/72	1972/73	1973/74
511	754	944	1 202	1 495

Vid socialinstituten utbildades både socialtjänstemän och kommunalkamrerer. Kuratorers utbildning var framför allt från den sociala linjen, med studier i stats- och kommunalkunskap, nationalekonomi, socialpolitik och socialrätt, sociologi och psykologi. Utöver dessa ämnen läste studenterna också kurser i psykologi, sociologi och socialmedicin. Det fanns också

¹⁷⁷ Olsson 1999.

¹⁷⁸ Se t.ex. Dellgran & Höjer (2005) som konstaterar att bland socionomer är det kuratorer som tar mest vidareutbildningar och vanligast psykoterapiutbildning.

¹⁷⁹ Pettersson 2001.

¹⁸⁰ Se kapitel 4 och Swärd 1997.

¹⁸¹ Carlhed 2007, s. 250.

praktik inom utbildningen. Socionomerna från den sociala linjen kom att arbeta med antingen behovsprövade insatser och mer uttalad social kontroll, eller med socialt stöd och integration. Införandet av ämnet ”social metodik” kan ses som ett led i att ge utbildningen en egen specifik kärna. Metodutbildningen, inte minst i casework, diskuterades och lärarna hade problem med att förmedla vad som menades med en ”professionell relation”.¹⁸² Examenstiteln socionom infördes 1950 och kan ses som en strategi för att markera en tydligare yrkesidentitet,¹⁸³ och kan också ses som en strävan att höja statusen för socionomer. En annan del i denna strävan var akademiseringen av yrket.¹⁸⁴ När socialhögskolorna inlemmades i universiteten 1977 och socialt arbete blev ett eget akademiskt ämne med egna professorer och forskarutbildning, påbörjades en tydligare akademisering av ämnet.¹⁸⁵

Organisering

Sveriges Socionomers Riksförbund (SSR) bildades 1958 som en del av akademikerförbundet SACO och var ett framsteg i akademiseringsprocessen. Föreningen Sveriges diplomerade socionomer (DSI) förvandlades till Socionomförbundet 1950 och förblev en ideell och fackligt obunden organisation, nära knuten till TCO.¹⁸⁶ De fackliga frågorna behandlades i SSR:s tidskrift *Socionomen* medan *Socionomförbundets Tidskrift* handlade om andra frågor av gemensamt intresse för medlemmarna. Kuratorsföreningen som bildades 1944 utgav under 1950- och 1960-talen en egen tidskrift, *Kuratorn*.

Socionomernas kognitiva bas

Fortfarande hade socionomerna och kuratorerna en svag kognitiv bas. De praktiskt inriktade sociala funktionerna, som till stor del byggde på kunskap om juridik, samhälle och sociala problem, kompletterades med ökade kunskaper i psykologiska och psykoterapeutiska teorier. Samtal och rådgivning blev en större del i det kurativa arbetet, framför allt i de öppna verksamheterna som rådgivningsbyråerna och i de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna. De mentalhygieniska idéerna var starka när det gällde förebyggande och (fortsatt) fostrande påverkan.

¹⁸² Pettersson 2001, s. 202.

¹⁸³ Kristiansen 2003.

¹⁸⁴ Socionomförbundets matrikel 1967, s. 29.

¹⁸⁵ Sunesson 2003.

¹⁸⁶ Pettersson 2001.

Sammanfattningsvis under den här perioden skedde en viss professionalisering av kuratorerna med ett kvantitativt take-off avseende antal anställda på 1970-talet. Socionom som examenstitel infördes och utbildningen expanderade. Kuratorerna strävade efter att tydliggöra sin roll i relation till andra yrkesgrupper, framför allt sjuksköterskor. Utbyggnaden av psykiatriinnehbar att behovet av kuratorer ökade. Psykoterapeutisk kunskap efterfrågades, vilket blev en möjlighet för kuratorerna till vidareutbildning. 1960- och 1970-talens ideologiska trend ledde till en inomprofessionell tudelning mot antingen samhällsinriktat arbete eller individ- och psykoterapeutiskt arbete. Kuratorerna kom att tillhöra det sistnämnda.

Psykologerna

Utbildning

År 1953 tillsattes den s.k. Psykologutredningen som hade i uppdrag att föreslå en särskild yrkesutbildning för psykologer.¹⁸⁷ Utredarna vände sig till psykiatriska kliniker, medicinska fakulteter och verksamma läkare för att inventera behovet av psykologer. De fick både klart negativa och positiva svar, till exempel negativa från vuxenpsykiatriinnehbar och positiva från barn- och ungdomspsykiatriinnehbar.¹⁸⁸ Även om läkare yttrade motstånd mot att ta in psykologer i sjukvården menade utredarna ändå att en viktig framtid för psykologer låg där.¹⁸⁹ Två år senare inrättades en utbildning med en akademisk grundutbildning i psykologi, pedagogik och sociologi, ett praktikår samt en fortsättning med två års licentiatstudier i psykologi eller pedagogik (med kurs i personlighetsdiagnostik). Den kortare ledde till psykolog-assistent, senare biträdande psykolog, medan licentiaten berättigade till titeln psykolog. Detta behörighetsbevis utfärdades av Psykologförbundet. År 1969 ändrades grundutbildningen och licentiatexamen avskaffades. En tvåårig psykologutbildning efter grundexamen infördes istället tre år senare (PEG). Den statliga legitimationen för psykologer från 1978 gav anledning till att åter se över utbildningen, varvid en utredning tillsattes 1980. Den ledde till att det efter psykologexamen krävdes ett års handledd praktisk tjänstgöring i psykologarbete (PTP) för att få legitimation som psykolog.

¹⁸⁷ Betänkande i SOU 1955:11.

¹⁸⁸ Carlhed 2007, s. 119.

¹⁸⁹ Eriksson 1997b, s. 172.

Socialstyrelsen utfärdade då som nu legitimation. Som legitimerad psykolog kan man specialisera sig inom områdena arbetslivets psykologi, klinisk psykologi och pedagogisk psykologi. Specialistutbildningen är tre år lång, och efter genomgången utbildning utfärdar Psykologförbundet ett specialistbevis som gäller det område man specialiserat sig inom.

Som en följd av ökande inriktning på terapeutiska behandlingsmetoder på flera tillämpningsområden, blev psykoterapi ett väsentligt inslag i utbildningen från 1980-talet. I betänkandet *Ny psykologutbildning* 1981 motiverades det med vad som ansågs vara nya funktioner i yrkeslivet.¹⁹⁰

Organisering

Svenska psykologsamfundet bildades 1948. Det var då en rent yrkesmässig sammanslutning. När det 1955 slogs samman med Sveriges yngre psykologers förening till en mera fackligt inriktad organisation, Sveriges psykologförbund, var medlemmarna drygt 200.¹⁹¹ Flertalet befann sig i undervisning, och verksamma psykologer utanför den utgjorde endast ett femtiotal. Förbundet hade tre sektioner: arbetspsykologi, klinisk psykologi och pedagogisk psykologi. År 1968 hade medlemsantalet ökat till 2 500 och antalet fördubblades under 1970-talet.

Psykologförbundet utövade tidigt en viss kompetenskontroll och utfärdade behörighetsbevis samtidigt som man krävde att få en statlig legitimation. På 1950-talet hade professionaliseringen gällt utbildning, principer för etik och yrkesutövning samt behörighet utfärdad av förbundet jämte kontroll av test.¹⁹² Ett förlag med ensamrätt på tester skapades av Psykologförbundet 1957. Ansökan om behörighet och rätt att använda tester krävde medlemskap i förbundet, vilket ökade medlemsantalet. Behörighetsbevisningen upphörde 1972 och ersattes med de krav som den då nya studieordningen innehöll.¹⁹³

Ett första förslag till legitimation förelåg i Medicinalstyrelsen redan 1965 men genomfördes inte. Den statliga legitimationen inrättades 1978 och baserades då ännu huvudsakligen på anglosaxisk testpsykologi samtidigt som inflytandet från psykoterapi växte starkt. För att ansöka om legitimation skulle man ha avlagt psykologexamen enligt 1972 års bestämmelser (psykologutbildning efter grundexamen = PEG) samt ha praktisk

¹⁹⁰ UHÄ-rapport 1981: 37.

¹⁹¹ Göransson 1997.

¹⁹² Göransson 1997, s. 205; SOU 1983:33.

¹⁹³ Carlhed 2007, s. 2.

tjänstgöring för psykologer (PTP) om minst ett år. Efterfrågan på psykologi och frågor om innehåll i utbildningen aktualiserades igen 1981 med en bred ansats som gällde hela yrket och legitimationen.¹⁹⁴ Gränserna till andra områden som socialt arbete, ledarskap och psykoterapi diskuterades där.

Liksom andra liknande förbund i Sverige är Psykologförbundet både en yrkesorganisation och en fackförening som ingår i Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO). Under inflytande från vänsterpolitiskt håll förändrades förbundet från 1968 mer till en fackförening och distanserades från akademisk forskning.

Svensk psykologi handlade från 1940- och 1950-talen huvudsakligen om urvalsfrågor inom militärväsendet, utbildningsväsendet och arbetslivet samt visst kliniskt arbete. Därefter utvidgades arbetsuppgifterna till ett bredare register och med tillämpning i fler verksamheter, särskilt inom vård och omsorg i och med välfärdsstatens expansion. Först på 1970-talet utvecklades yrket vad gäller utbildning, organisation och tillämpning, så att man då kan tala om både ett kvalitativt och ett kvantitativt take-off. Yrkesområdena var tidigare främst utbildnings-, organisations- och arbetspsykologi jämte barn- och ungdomspsykologi vid slutet av förra perioden. Under 1960- och 1970-talen expanderade yrket mycket starkt på områdena hälsa och socialförvaltning.

Antalet psykologer uppskattades 1955 till cirka 100 jämte inemot 70 lärare med psykologi som huvudämne.¹⁹⁵ Enligt *Svenskt yrkeslexikon* fanns det cirka 500 praktiserande psykologer 1964 (120 i arbetspsykologi, 30 i skolpsykologi, 200 i klinisk verksamhet, 150 lärare och forskare). År 1979 hade antalet stigit till cirka 5 000 (3 050 praktiserande psykologer och 2 260 i andra positioner). Det skedde alltså en tiofaldig ökning på femton år, vilket representerar psykologernas kvantitativa take-off. Antalet utbildade psykologer ökade starkt under 1960- och 1970-talen. Kring mitten av 1970-talet utexaminerades fler än både förr och senare med 500–600 årligen. Det resulterade i att Sverige i början av 1980-talet i en internationell jämförelse hade den högsta andelen psykologer i förhållande till folkmängden.¹⁹⁶ Under 1980-talet minskade antalet utexaminerade från psykologlinjen. Det kvantitativa avstampet skedde alltså på 1970-talet.

¹⁹⁴ UHÄ-rapport 1981:37, s. 241.

¹⁹⁵ Ibid. 14ff.

¹⁹⁶ Rigné 2002, s. 30.

Kognitiv bas

Allmänt urskiljs tre huvudlinjer i psykologisk forskning.¹⁹⁷ Den första huvudlinjen betecknas den mentalistiska. Huvudintresset är inriktat på *mentala processer* (bland annat varseblivning, tänkande, värderingar och emotioner), vilka förutsätts spela den avgörande rollen för individens sätt att fungera och utvecklas. Denna inriktning är representerad i kognitionspsykologi, dvs. perceptionspsykologi, inläring, minnespsykologi, forskning om beslutsfattande och problemlösning, samt emotionsforskning och olika psykodynamiska riktningar inom personlighetspsykologin, av vilka psykoanalysen utgör en. Den andra huvudlinjen riktar in sig på forskning om den biologiska sidan av individers sätt att tänka, känna och handla och kan betecknas *den biologiska huvudlinjen* – uppfattningen om individers utveckling som väsentligen bestämd av genetiska faktorer. Den tredje huvudlinjen studerar *miljöfaktorer* *betydelse* för människors sätt att tänka, känna och handla. Den centrala uppfattningen där är att huvudorsaken till en individs tänkande, kännande och handlande utvecklas som funktion av yttre faktorer. Synen på miljön som den viktiga faktorn dominerade utvecklingspsykologin under 1970- och 1980-talen med mycket stora samhälleliga konsekvenser i uppfostran och i utformningen av skolan, socialvården, kriminalpolitiken etc. Denna utveckling ägde rum i opposition mot den tidigare biologiskt förankrade psykologin.

Den positivistiska psykologin med tester och inläringsteorier liksom psykologernas yrkesroll utsattes för omfattande kritik under 1970-talet, där ett avstamp var den s.k. Mentalhälsokampanjen 1968.¹⁹⁸ Den tidigare rollen anknöt vad gäller vetenskap till naturvetenskap och experimentell metod och vad gäller yrkesutövning till att diagnostisera och att anlagstesta, där de främsta verktygen var testen.¹⁹⁹ Från slutet av 1960-talet vidtog en process för omprofessionalisering som sträckte sig fram till 1990. Tidigare yrkesområden undertrycktes till fördel för sociala problem, där psykologerna kunde återvända till ”ren” psykologi, vilket definierades som psykoterapi och psykodynamisk teori.²⁰⁰ Psykoanalys och andra terapeutiska strömningar, som dittills huvudsakligen funnits utanför den akademiska psykologin, fick

¹⁹⁷ Nationalencyklopedin.

¹⁹⁸ Mindus 1968.

¹⁹⁹ Rigné 2002, s. 32.

²⁰⁰ Rigné 2002, s. 35.

då stort inflytande och togs upp i den längre utbildningen från 1982. Därvid skedde delvis ett paradigmskifte i ämnet psykologi.

Psykologins traditionella tillämpningsområden har varit klinisk psykologi, skolpsykologi och arbetspsykologi. Praktiskt verksamma psykologer indelas fortfarande på detta sätt. Men vart och ett av dessa områden vidgades under perioden. Generellt kan man säga att det mest utmärkande draget för tillämpningar inom psykologi var en tydlig betoning av individen i ett samspel med den fysiska och sociala miljön. Därvid kom även individens interaktion med olika organisationer att bli en viktig del i den tillämpade psykologin. De tre tillämpningsområdena fick en vidare innebörd i och med att de traditionella uppgifterna (diagnos och urval) för de praktiskt verksamma psykologerna vidgades, förändrades och förnyades.

Inom klinisk psykologi bestod arbetet främst i att ställa diagnos vad beträffar exempelvis personlighetstyp, sinnestillstånd och psykisk sjukdom. Inom skolpsykologin var den diagnostiska uppgiften att bestämma skolelevens begåvningsnivå, och inom arbetspsykologin var den huvudsakliga uppgiften att genom personurval, baserat på anlagsprövning, bestämma på vilken plats i en organisation arbetssökande bäst passar. Diagnos och urval kompletterades med terapeutiska uppgifter på 1980-talet och även med profylaktiska uppgifter. Inom den kliniska psykologin utvecklades en mängd olika terapiformer. Under 1970- och 1980-talen kom de flesta kliniska psykologer att se terapi som sin huvuduppgift. Inom skolpsykologin fokuserades det terapeutiska intresset på kurativa och elevvårdande insatser. Inom arbetspsykologin förbyttes den terapeutiska trenden i ett ökat intresse för miljövårdande insatser på arbetsplatsen samt ett ökat intresse för arbetsorganisationen som helhet snarare än enbart för den enskilde anställdes villkor.

Professionalisering

Psykologernas professionalisering omfattade till en början utveckling av, tillhandahållande av och tillämpning av tester och urvalsmetoder. Det rörde sig då om en liten yrkesgrupp. Den kvantitativa expansionen skedde under 1970-talet. Samtidigt skedde en paradigmatiskskift omprofessionalisering med inriktning mot direkt diagnostiskt och terapeutiskt behandlings- och klientarbete.

Psykologer deltog i gränssättande diskussioner med konkurrenter som psykiatri inom sjukvården och socialt arbete inom socialvården. Inrikt-

ningen mot psykoterapi närmade psykologerna till dessa två yrken och deras fält. Detta utsatte psykologerna för starkare konkurrens jämfört med vad den tidigare inriktningen gett. Deras argument innehöll retorik om ekonomisk nytta, om medicinskt förebyggande arbete hellre än bot, om humanism genom att identifiera sociala problem som psykologiska samt retorik om psykologin som samhällets smörjmedel genom rådgivning i arbets- och vardagsliv. I detta låg en stark anslutning till en aktiv och expansiv välfärdsstat, där psykologer skulle delta i samhälleligt förändringsarbete och samtidigt få sin professionella status erkänd.

Yrkesrollen skulle utmärkas av att vara praktiserande psykoterapeut. God psykologbehandling blev liktydig med psykoterapi, som avgränsade det specifika området för psykologisk expertis i motsats till traditionell psykiatri och psykosocialt arbete. Psykoterapeuter skulle ha grundutbildning i psykodynamisk teori och diagnostisk psykologi. Dessa avgränsningar till psykiatrer och socialarbetare intensifierades under 1980-talet. Mot psykiatrer handlade argumenten om att psykologerna ansågs ha mer gedigen bakgrund för psykoterapi. De utgjorde också då den största andelen i psykoterapiutbildningen liksom av privatpraktiserande terapeuter. Vidare rörde det sig om behovet av specialistfunktion som psykoterapeuter vid sidan om den självklara medicinska auktoriteten. Psykologerna som terapeuter skulle inte behöva underordnas läkarna i den kliniska hierarkin. Mot socialarbetare har avgränsningen återkommande handlat om skillnader mellan psykoterapi och psykosocialt arbete och att psykoterapin ansetts som mera specialiserad än det psykosociala arbetet.²⁰¹

Psykologerna undertryckte härmed den orientering mot arbete och organisation som yrket huvudsakligen hade från början och den akademiska och forskningsmässiga bas som den vilade på. Man introducerade kraftfullt, och under en tid med hegemoniska anspråk, andra metoder i och med psykoterapin. Man utsatte sig för större konkurrens med andra yrken, dels genom att psykoterapi kan bedrivas av andra, dels genom att söka expandera sin nya psykologi på deras verksamheter (främst inom sjukvård och socialt arbete). Men där var man ändå framgångsrik, vilket belyses väl med den starka ökningen av antalet psykologer där. Denna utvidgning av professionen kan man se som en intern differentiering. Detsamma gäller den skarpare uppdelningen, för att inte säga konflikten, mellan akademisk

²⁰¹ Rigné 2002, s. 41ff.

forskning och psykoterapeutiskt inriktad praktik som blev särskilt uttalad och långvarig i Göteborgsområdet.²⁰²

Professionaliseringen stärktes klart med den statliga legitimationen 1978, som med den längre och bredare utbildningen från 1982 fick en tydligare grund. Ytterligare professionalisering skedde med utbildning, legitimation och praktik i psykoterapi. Psykologförbundet och andra representanter hävdade återkommande psykologernas företrädarna som terapeuter, särskilt i konkurrens med psykiatrer och socionomer.

Psykologers relationer till andra yrken utgjorde under perioden en väsentlig del i yrkets utveckling. Där fanns till en början stor närhet till pedagoger eftersom ämnet rymdes inom pedagogik innan det blev ett självständigt akademiskt ämne kring 1950. Pedagogik bestod sedan länge av stora delar psykologi. Test- och urvalspsykologin utgjorde en viktig kärna som delvis bildade grund för ett yrkesmonopol i samband med att legitimationen infördes 1978. Med den starka inriktningen på terapeutisk behandling kom psykologerna istället närmare psykiatrer och socionomer. Expansionen inom hälsoväsendet skapade stor närhet och mycket samarbete och därmed också konflikter med den medicinska personalens sjuksköterskor och läkare.

Psykologernas relationer till statliga organisationer var i allmänhet mycket viktiga för yrkets innehåll, utveckling och plats i samhället. Utredningar om den psykologiska utbildningen och legitimationen skedde på uppdrag av riksdag och regering. Utredarna hämtades dock som regel bland pedagoger och psykologer. I utredningar och policyprogram spelade psykologer och psykologi en viss roll, men mera som support för politiska reformer och ideologi än som drivande utifrån egna forskningsresultat.²⁰³

Sammanfattningsvis **konstituerades** psykologyrket från slutet av 1940-talet till början av 1980-talet i två faser med forskning, utbildning, yrkesförbund, legitimation och arbetsmarknad. Den första fasen (1948–1978) omfattade utbrytning till *eget ämne* från pedagogik 1948, en första grundutbildning 1955 samtidigt med bildande av en *facklig yrkesorganisation* som utfärdade behörighetsbevis, ändrad *grundutbildning* 1972, expansion inom arbetspsykologi samt statlig legitimation 1978. Den andra fasen (1968–1990) omfattade kritik av den då dominerande differentialpsykologin och en *omdefinition av yrkesrollen* i riktning mot klientarbete och terapi under 1970-

²⁰² Johansson 2009.

²⁰³ Rigné 2002, s. 203ff.

talet, en utvidgad grundutbildning med starka inslag av terapi, handledning och yrkespraktik och med möjlighet till specialistutbildning på tre områden 1982, psykoterapeututbildningen 1985, expansion inom klinisk psykologi samt återupprättande av arbets- och organisationspsykologi. Sammantaget gav detta från 1990 ett yrke med inre differentiering på två håll, dels den mellan akademi och yrkespraktik, dels den mellan den äldre arbets- och organisationspsykologin och den senare, nu terapeutiskt inriktade kliniska psykologin. Professionen kan därmed sägas bestå av tre delar som existerat parallellt: *akademisk psykologi, arbets- och organisationspsykologi samt klinisk psykologi*.

Ett första kvalitativt take-off låg i differentialpsykologins metoder under 1950-talet, ett andra konstruerades med den terapeutiska orienteringen kring den utvidgade utbildningen 1982 och ett tredje utgjordes av den som började med att arbets- och organisationspsykologin återetablerades från slutet av 1980-talet. 1970-talet utgjorde yrkets kvantitativa take-off (tiofaldigt från 1964 till 1979). Yrkets höjdpunkt kan bestämmas till 1980 då Sverige hade fler psykologer per invånare än i andra jämförbara länder.

Konsoliderande processer som rörde psykologerna bestod av *statliga utredningar* som sökte inventera efterfrågan på psykologiska tjänster och utforma utbildningen därefter (1948, 1955, 1969, 1981), ett starkt *drivande förbund* som utgjorde en arena för diskussioner och strategier under 1970- och 1980-talen i riktning mot terapi och yrkespraktik, starkt pådriven av samtida kritisk *samhällsdebatt* som kan ses som en viktig mekanism i processen samt en allmän *popularisering* av psykologi som skapade efterfrågan på både utbildning och psykoterapi – särskilt den privata.

Sammanfattning

Under perioden 1945–1985 kan således fältet psykosocial integration sägas ha professionaliserats. Perioden karaktäriserades av en stark utveckling av välfärdsstatliga institutioner. Den institutionella psykiatriska vården på de stora mentalsjukhusen avvecklades emellertid från 1960, och en ny läke-medelsbaserad psykiatri formades samtidigt som enskilda psykiatrer deltog i att utveckla den psykodynamiska psykiatrin. Det tidigare neurologiska paradigmet ersattes delvis av ett psykosocialt paradigm, vilket i sin tur utmanades av ett nytt biosocialt och i synnerhet ett biomedicinskt paradigm. Detta speglas i olika utgåvor av diagnostiska manualer för mentala sjukdomar och stör-

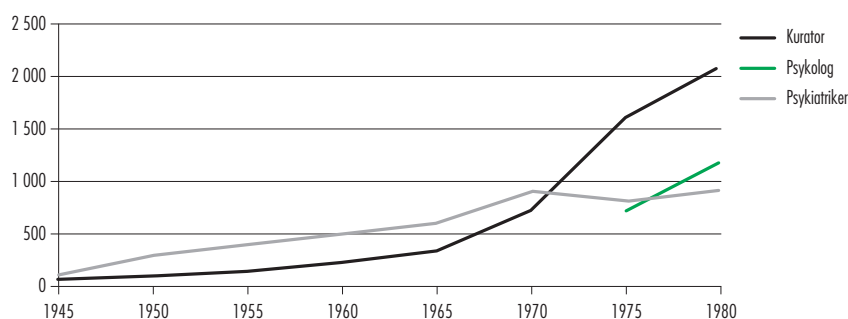
ningar. Uppfattningarna av psykoterapi bland psykiatrer och andra läkare var ambivalenta, skiftande och ibland konfliktladdade. Fältet professionaliserades vidare i viss mån av att socionomerna fick examenstitel och att deras utbildning stärktes och expanderade. Sjukhuskuratorerna hade en stark kvantitativ utveckling särskilt under 1970-talet, så småningom med vidareutbildning i psykoterapi. Samtal och rådgivning blev en viktigare del i det kurativa arbetet.

Behoven av rådgivning och psykoterapi är mycket svåra att mäta eller skatta. De är mycket beroende på allmänhetens efterfrågan, som i sin tur bestäms av hur man ser på psykisk ohälsa liksom på psykoterapi som metod samt vilket utbud av sådana tjänster som finns vid en given tidpunkt. Utredningen om psykoterapiutbildning gjorde ett försök genom att sammanställa en rad studier om psykisk ohälsa och diagnoser.²⁰⁴ Man refererar där bland annat till en rapport från Socialstyrelsen som angav följande behov från slutet av 1960-talet: mellan 10 och 35 procent av besök hos allmänläkare, 11 procent av sjukpenningdagar, 40 procent av beviljade förtidspensioner, 25 procent av inköpta läkemedel, 35 procent av samtliga vård dagar och 25–30 procent av den offentliga sektorns kostnader för sjukvård kunde hänföras till det psykiatriska eller psykosociala området. Under 1970- och 1980-talen förekom visioner om alla medborgares rätt vid behov till psykoterapi, i likhet med rätten till somatisk sjukvård. Regler om ersättning vid psykisk ohälsa har dock starkt begränsat denna möjliga efterfrågan och diskriminerat patienter, vilket alltså också har begränsat yrkesgruppernas marknader.

Psykoterapi och särskilt psykodynamisk terapi utvecklades starkt under 1970- och 1980-talen och orsakade ett paradigmatiskt skifte inom svensk psykologi samtidigt som det skedde ett kvantitativt språng inom detta yrke. En statlig utbildning i psykoterapi etablerades 1978, vilket representerade ett kvalitativt språng samma år som psykologerna erhöll sin statliga legitimation. Psykologerna gjorde utan framgång försök att monopolisera psykoterapi i konkurrens med särskilt psykiatrer och socionomer. Samtliga tre yrken fick istället rätt att ta del av den utbildning som etablerades 1982 för att söka den statliga legitimation som psykoterapeut som inrättades 1985. Nedan visas utvecklingen för anställda psykologer, kuratorer och psykiatrer inom hälso- och sjukvården. Det ökade antalet psykoterapeuter och olika inriktningar avspeglas också i allt fler yrkesförbund.²⁰⁵

²⁰⁴ UKÄ-rapport 1975:24, s. 85ff.

²⁰⁵ Se Samrådsforum för psykoterapi, www.samradsforum.se.



FIGUR 5.3 Anställda kuratorer, psykologer och psykiatrer.²⁰⁶

Från mitten av 1980-talet kan således den psykosociala integrationens fält sägas vara professionaliserat, dvs. de tre grupperna har alla en vetenskapligt baserad utbildning som leder till en ganska avgränsad och definierad arbetsmarknad. Psykoterapeuter som yrkesgrupp i sig själv är lite mer svårdefinierad då det är en specialisering i relation till tidigare grundutbildningar. Det är fortfarande de tre yrkesgrupperna i fråga som genomgående framställs som lämpade för psykoterapeutisk utbildning. Utvecklingen därefter beskrivs och analyseras i den andra volymen.

Slutdiskussion

Under början av 1900-talet formades fältet psykosocial integration genom att den privata sfären av familjer och hushåll och deras uppgifter lyftes ut till offentliga institutioner för social integration och att vissa integrerande uppgifter togs över från skolor och kyrkor. Stora sociala förändringar såsom industrialisering, urbanisering och demokratisering inklusive sociala rättigheter och välfärdsinrättningar påverkade bildandet av fältet. Ett särskilt fält för psykosocial integration innebar då att föräldrar, lärare och präster förlorade en del av dessa uppgifter till fördel för specifikt utbildade yrkesutövare som psykiatrer, psykologer, kuratorer och andra som utgjorde ett s.k. psy-fält.

Vi har skilt ut tre perioder i forandet av fältet psykosocial integration: *formering* 1850–1915 med ett första kvalitativt genombrott när psykiatri definierades som en medicinsk specialitet och diagnoser började

²⁰⁶ Statistiken är hämtad från SCB:s statistik över hälso- och sjukvårdspersonal.

systematiseras och personliga problem började identifieras som psykologiska genom psykoanalysen och den mentalhygieniska rörelsen; *konsolidering* 1915–1945 med institutionaliseringen av psykiatrisk vård och med psykoanalys och mentalhygien som kvalitativt nya grunder för grupper och enskilda utövare i psykosocial integration; och *professionalisering* 1945–1985 med avinstitutionalisering av den psykiatriska vården på grund av nya psyko-farmaka, med framväxten av den eklektiska psykodynamiska metoden som utgjorde ett paradigmskifte i svensk psykologi jämte en professionalisering av psykologer, en kvantitativ expansion för psykologer liksom för socionomer och i synnerhet kuratorer, samt en systematisk utbildning i psykoterapi med legitimation för psykoterapeuter 1985.

Formeringen av fältet 1850–1915 hörde ihop med stora förändringar i Europa avseende synen på och behandlingen av psykisk sjukdom och psykiskt lidande. *För det första* gällde det psykiatrin som fick ett kvalitativt take-off genom att den institutionella ramen stärktes med sinnessjuklagen, varvid läkarna blev ledare för hospitalen, och med en förändring från förvaring till korrigering och behandling. Psykiatrin blev också en vetenskaplig disciplin och en medicinsk specialitet och obligatorisk del i läkarutbildningen och därmed den första professionen på fältet psykosocial integration som då liksom nu hörde mer till hälsofältet än till psykosocial integration. En viss ökning av antalet psykiatrer skedde också. *För det andra* handlade det om sociala rörelser, framför allt anglosaxiska, som den filantropiska och den mentalhygieniska, som kom att få stor betydelse för det sociala arbetets utveckling och därmed formering av fältet psykosocial integration och mental hälsa skilt från hälsofältet. Den mentalhygieniska rörelsen och dess idéer om förebyggande psykisk hälsovård och rådgivning fick också stor betydelse för att skapa nya institutioner och praktiker. Detta blev i sin tur en grund för socialt arbete. Formeringen var således till mycket stor del ett resultat av sociala rörelser med initiativ från yrkesverksamma individer underifrån.

För det tredje handlade det om Freuds psykoanalys som på många sätt starkt kontrasterade samtidens synsätt inom medicin och psykiatri. Framför allt innebar den att individens psykiska liv blev ett område för vetenskap och praktik, och konstruktionen av individen och självreflektionen introducerades. Disciplinering, uppfostran och särskiljning av psykiskt avvikande individer var dock förhärskande ännu decennier framöver. Men med rådgivningen och psykoanalysen infördes samtalet som ny behandlingsmetod, delvis övertagen från prästernas och kyrkans själavård.

Psykoanalysen och den mentalhygieniska rörelsen utgjorde nya grundläggande teorier och ideologier för att fältet psykosocial integration skulle formas. Den kognitiva basen förändrades när individers medvetande och känslor blev ett område för studier. Psykoanalytiska teorier för att förstå omedvetna psykologiska konflikter och nya behandlingsmetoder för neurotiska symtom påverkade efter hand förståelsen av personliga psykiska och psykologiska problem. I synnerhet utgjorde konstruktioner av subjektivitet och självreflektion och idén om förebyggande insatser ett kvalitativt språng för yrken inom psykosocial integration som skilde ut detta fält från social reglering. Idéer från den mentalhygieniska rörelsen för att förebygga psykisk ohälsa genom rådgivning och fostran utgjorde andra parallella influenser som bidrog till att mental hälsovård under första hälften av 1900-talet skildes ut från hälsofältet. Samtalsmetoder började därmed utvecklas och praktiseras för både diagnos och behandling och skulle få mycket stor omfattning under senare perioder. Det var en formering utan framträdande maktkamper mellan olika aktörer. Den var i Sverige betingad av betydande inflytande från internationella rörelser med nya teorier och ideologier.

Konsolideringen under perioden 1915–1945 kan sägas ha inletts med att begreppet psykoterapi introducerades. Den psykiatriska vården på sinnessjukhusen expanderade, och enstaka psykiatriska kliniker inrättades i anslutning till somatiska sjukhus. Särskild barn- och ungdomspsykiatri etablerades på 1940-talet och delade därmed upp psykiatrin i vuxen- respektive barn- och ungdomspsykiatri. Rådgivningsbyråer för fostrande och förebyggande arbete inrättades. Enstaka sjukhuskuratorer anställdes, som då hade en vag kognitiv bas. Kompetensen byggde till stor del på generell samhällsvetenskaplig och juridisk kunskap samt psykosocialt förebyggande arbete. Utbildningen var yrkesinriktad och fanns ännu inte inom universiteten. Funktionen för kuratorerna skärptes utifrån behovet av specifik kompetens om sociala frågor, lagstiftning och samarbete med frivilligorganisationer, privat sektor och olika vårdinstitutioner. Kuratorernas uppgift var att hjälpa patienterna tillbaka till samhället. De organiserade sig i Svensk kuratorsförening 1944.

Psykoanalysen populariserades. Den liksom mentalhygienien praktiserades än så länge i mindre grupper och av enskilda utövare, oftast inom enskilda institut och organisationer. Psykoterapeuter organiserades på vissa kliniker och i privata föreningar. De internationellt importerade idéerna integrerades i viss utsträckning i professionella praktiker, före andra världs-

kriget av enskilda eldsjälar och mindre grupper i privata institutioner för terapi och rådgivning som också fick sin sociala organisering i en del privata föreningar. Betingelserna för denna konsolidering var en värdeförskjutning från privat filantropi till en begynnande solidarisk välfärdsstat. Mentalhygien blev en mer allmän samhällsideologi. Men fortfarande var det enskilda eldsjälarna och mindre grupper och föreningar som var drivande.

Fältets *professionalisering* 1945–1985 var nära knuten till välfärdsstatens uppbyggnad med stark utveckling av välfärdsstatliga institutioner i och med statliga utredningar och ny sociallagstiftning. De stora psykiatriska sjukhusen fortsatte att expandera till in på 1960-talet, då deras avveckling inleddes. Det var framför allt betingat av att nya psykofarmaka uppfanns som förde psykiatri in i ett betydligt starkare biomedicinskt paradigm och skilde ut den från ett psykosocialt paradigm. Fältet professionaliserades vidare i viss mån av att socionomerna fick examenstitel och att deras utbildning stärktes och expanderade. Sjukhuskuratorerna hade en stark kvantitativ utveckling särskilt under 1970-talet, så småningom med vidareutbildning i psykoterapi. Samtal och rådgivning blev en viktigare del i det kurativa arbetet.

Psykologerna fick en systematisk och reglerad utbildning jämte legitimation som professionaliserade detta yrke. Samtidigt expanderade utbildningen och arbetsmarknaden för detta yrke mycket starkt under 1970- och 1980-talen. Psykoterapi och särskilt psykodynamisk terapi utvecklades starkt under 1970- och 1980-talen och orsakade ett paradigmiskt skifte inom svensk psykologi samtidigt som det alltså skedde ett kvantitativt språng inom detta yrke. Det uppstod en växande efterfrågan på psykoterapi genom den anti-psykiatriska rörelsen från 1970-talet samt genom nya attityder till psykoterapi hos allmänheten, inte minst främjade av en offentlig diskussion bland den kulturella eliten och genom massmedia. En statlig utbildning i psykoterapi etablerades 1978, vilket representerade ett kvalitativt språng samma år som psykologerna erhöll sin statliga legitimation. Psykologerna gjorde utan framgång försök att monopolisera psykoterapi i konkurrens med särskilt psykiatrer och socionomer. Samtliga tre yrken fick istället rätt att ta del av den utbildning som etablerades 1982 för att söka den statliga legitimation som psykoterapeut som inrättades 1985. Utbildning i psykoterapi började i kontinentala Europa, och först senare i privata institut och stiftelser i Sverige. På 1970-talet etablerades systematisk högskoleutbildning i Sverige, riktad till ett antal yrken på området. Grundläggande terapeutisk utbild-

ning har varit och är fortfarande obligatorisk för psykiatrer och psykologer. Socialarbetare, präster och sjuksköterskor har tagit denna grundutbildning vid institut eller universitet för att få tillgång till den legitimationsgivande utbildningen i psykoterapi. Detta är sedan 1982 en specialiserad yrkesutbildning för psykiatrer, psykologer och socionomer.

Betingelserna för denna period var sammanfattningsvis ett antal statliga utredningar jämte ny sociallagstiftning och stark utveckling av välfärdsstatliga institutioner, vilket kan ses som en professionalisering ovanifrån. Samtidigt kännetecknas fältets professionalisering av starka krafter underifrån med enstaka yrkesverksamma eldsjälar och en rad enskilda eller privata föreningar, institut och andra organisationer. Det manifest om utbildning i psykoterapi som antogs vid mötet på Hooks herrgård är kanske det mest utmärkande för denna professionalisering underifrån. Professionaliseringen inom det psykosociala integrationsfältet och dess yrkesgrupper har kännetecknats av att ha varit relativt oberoende av stora och starka byråkratiska arbetsorganisationer som universiteten på det akademiska fältet, skolorna på utbildningsfältet, sjukhusen på hälsofältet, rättsväsendet på regleringsfältet och stora företag på teknikfältet. Stiftelser, ideella föreningar, små enskilda företag och egenföretagare har istället varit utmärkande. Yrkesutvecklingen har knappast drivits av arbetsorganisationernas förändrade behov. När de stora sinnessjukhusen avvecklades och ersattes med den s.k. sektoriserade psykvården och att psykologer och kuratorer anställdes på sjukhusen, innebar det för många yrkesutövare större beroende av offentliga arbetsorganisationer. Samtidigt fortsatte mycket av rådgivning och psykoterapi att expandera i små enskilda organisationer och företag.

Sammanfattningsvis var det tre viktiga strukturella förhållanden som gynnade framväxten av fältet psykosocial integration. *För det första* definierades personliga problem enligt nya idéer om subjektivitet och individualism, utvecklade genom psykoanalysen och den mentalhygieniska rörelsen. *För det andra* tog välfärdsstatliga institutioner över och omformade funktioner i den privata sfären, vilket har erbjudit efterfrågan och arbetsmarknad för professionella, dock starkt begränsat av regler om ersättning. *För det tredje* inträffade att den klassiska professionen psykiatrer, den nya professionen socialarbetare och den nya professionen psykologer med framgångsrika klassiska professionella ambitioner alla befann sig på fältet med främst samarbete, ofta i arbetslag, men också med återkommande konkurrens om jurisdiktion. Således uppstod fältet genom en ny kognitiv bas (den

psykoterapeutiska som fortfar att vara omdiskuterad och kontroversiell) och genom sociala villkor och ramar som fastställdes av välfärdsstaten och genom de tre yrkena i fråga och deras utbildningar, kognitiva baser och organiseringar.

Fältet psykosocial integration har individer, deras personlighet och deras psykiska och psykosociala hälsa som föremål för yrkespraktiker. Detta är ett slags minsta gemensamma nämnare på fältet. Den professionella trilogin diagnostisera–tolka–behandla är en generell professionell metod som importerats till fältet från medicin och hälsofältet genom psykiatrer och utvecklats av psykoanalytiker och psykologer. Rätten att diagnostisera patienter skapade många förhandlingar och gränskonflikter mellan psykiatri och psykologi. Psykiatrer var ambivalenta till och splittrades genom psykoterapi, och övergav delvis detta område till förmån för psykologer, som dock utan framgång sökte skapa monopol på psykoterapi. Rådgivning är en annan metod som skapades i början av 1900-talet på liknande kognitiva grunder och som praktiserats av psykologer och i synnerhet av socionomer och kuratorer. Tillsammans innehåller dessa två metoder vad som är den mest utmärkande kompetensen på fältet – samtal eller dialog för anpassning och integration. Om dessa dialogspecialister är en del av en framväxande ny profession av psykoterapeuter är en fråga för vidare analys i detta projekt och i den senare nutida volymen.

Referenser

- Abbott, Abbott (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Berggren, Henrik & Trägårdh, Lars (2009). *Är svensken människa? Gemenskap och oberoende i det moderna Sverige*. Stockholm: Norstedts.
- Beronius, Mats (1994). *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia – eller den vetenskapliggjorda moralens genealogi*. Stockholm/Stehag: Symposium.
- Brante, Thomas (2006). "Den nya psykiatrin. Exemplet ADHD". I: Gunilla Hallerstedt (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos, s. 73–111.
- Brante, Thomas & Johnsson, Eva (2012). "Social work in a context of increasing governance of the professions". Paper presented at the Joint World Conference on Social Work and Social Development: Action and Impact. 8–12 July 2012, Stockholm.
- Brofalk, Ingegerd (2004). "PBU:s historia, 1933–2000". *Mellanrummet – Tidskrift om barn- och ungdomspsykiatri* nr 11, s. 45–61.

- Bülow, Per (2004). *Efter mentalsjukhuset. En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*. Institutionen för hälsa och samhälle. Linköping: Linköpings universitet.
- Bärmark, Jan & Nilsson, Ingemar (1987). "Från människokunskap till specialiserad vetenskap". *Vetenskap, etik, samhälle: föredrag från symposiet Vetenskapsteori 86 vid institutionen för tema, Linköpings universitet, juni 1986*, s. 209–225.
- Canguilhem, Georges (1978[1966]). *On the normal and the pathological*. Dordrecht: Reidel.
- Carlhed, Carina (2007). *Medicinens lyskraft och skuggor – om trosföreställningar och symbolisk makt i habiliteringen 1960–1980*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Carlhed, Carina (2013). "The Rise of the Professional Field of Medicine in Sweden" *Professions & Professionalism*, vol. 3 nr 2.
- Carlsson, J.; Schubert, J.; Sandell, R.; Blomberg, J.; Lazar, A. & Broberg, J. (2000). Svenska psykoterapeuter I: *Utbildning, erfarenhet och teoretisk orientering*. Karolinska institutet, Institutionen för neurovetenskap, Sektionen för psykoterapi och Stockholms läns landsting, Psyko-terapiinstitutet nr 12.
- Chrstiansson, Lennart (1969). *Konsten att dressera människor: mentalhälsa – arbete – ideologi*. Stockholm: Prisma.
- Cullberg, Johan (1984/1999). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. 5:e rev. utg. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dellgran, Peter & Höjer, Staffan (2005). "Rörelser i tiden". *Socialvetenskaplig tidskrift* 12 (2–3): 246–267.
- Donzelot, Jacques (1979). *The policing of families*. London: Hutchinson.
- Egidius, Henry (1976). *Psykoterapiutbildning i framtiden*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eliasson, Rosmari (1979). *Den nya psykiatrin i korseld. En rapport från Skå om Nackaprojektet, psykoterapi och ideologi*. Stockholm: Prisma.
- Ellenberger, Henri F. (1970). *The discovery of the unconsciousness. The history and evolution of dynamic psychiatry*. USA: Basic Books.
- Engdahl, Oskar & Larsson, Bengt (2011). *Sociologiska perspektiv. Grundläggande begrepp och teorier*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksen, Erik Oddvar (1997). *Kommunikativt ledarskap. Om styrning av offentliga institutioner*. Göteborg: Daidalos.
- Eriksson, Bengt Erik (1997a). "Före psykiatrin – Praktiska omständigheter och kunskapsmässiga sammanhang" I: Eriksson, Bengt Erik & Roger Qvarsell (red.) *Hur skall själen läkas? Förändringar inom den psykiatriska vården*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eriksson, Bengt Erik (1997b). "Behövs psykologer? – Psykologins plats i den psykiatriska vården" I: Qvarsell, Roger & Bengt Erik Eriksson (red.) *Psykiatris marginaler. Gestalter, positioner, debatter*. Linköping: Studies in Health and Society.
- Foucault, Michel (1973). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Stockholm: Bokförlaget Aldus/Bonniers.

- Frank, Jerome. D & Frank, Julia B. (1973). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. 3:e uppl. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press.
- Fredlund, Ulla (1997). *Kuratorsverksamhet inom svensk sjukvård under 70 år. Glimtar och utvecklingstrender*. Stockholm: Svensk kuratorsförening.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Gellner, Ernest (1985). *The psychoanalytic movement or the coming of unreason*. London: Paladin.
- Gieser, Suzanne (2009). *Psykoterapins pionjärer i Sverige*. Stockholm: Proprius Förlag.
- Gustafsson, Rolf Å. (1987). *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Falköping: Esselte Studium.
- Göransson, Bengt (1997). *Profession på väg. Markering och etablering. Sveriges Psykologförbunds start och förhistoria*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund.
- Hacking, Ian (1991). *The taming of chance*. Cambridge: Cambridge University.
- Hansson, Jan-Åke & Svensson, Tommy (1994). "Det terapeutiska paradigmet hegemoni". I: Svensson, Tommy (red.) *Samhälle, psykiatrisk vård och psykisk hälsa*. Tema Hälso- och sjukvård i samhället, Linköpings universitet.
- Haugsgjerd, Svein (1972). *Nytt perspektiv på psykiatrin*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Högskoleverket (2011). *En ny psykoterapeutexamen*. Rapportserie 2011:20 Stockholm: Högskoleverket.
- Igra, Ludvig (1984). *Objektrelationer och psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ingleby, David (1983). "Mental health and social order" I: Cohen, Stanley & Scull, Andrew (red.) *Social control and the state*. Oxford: Blackwell.
- Johannisson, Karin (1994). *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de siècle*. Stockholm: Norstedts.
- Johannisson, Karin (2015). *Den sårade divan: Om psykets estetik*. Stockholm: Bonniers.
- Johansson, Per-Magnus (1999). *Freuds psykoanalys. Arvtagare i Sverige*. Göteborg: Daidalos.
- Johansson, Per-Magnus (2003). *Freuds psykoanalys. Arvtagare i Sverige, del 2*. Göteborg: Daidalos.
- Johansson, Per-Magnus (2009). *Freuds psykoanalys. Inblickar i psykiatrins och den psykodynamiska terapins historia i Göteborg 1945–2009*. Göteborg: Daidalos.
- Johnsson, Eva & Svensson, Lennart G. (2013) "Social Integration as Professional Field: Psychotherapy in Sweden" *Professions & Professionalism*, vol 3, nr 2, temanummer om det professionella landskapet i Sverige.
- Kollind, Anna-Karin (2002). Äktenskap, konflikter och rådgivning. Från medling till samtalsterapi. Stockholm: Carlssons.
- Kollind, Anna-Karin (2003). "Kvinnor och socialt arbete – vid övergången från filantropi till profession". *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 2–3.

- Kristiansen (2003). "Att tituleras är att känna sig berättigad." *Socionomen* nr 7, s. 16–20.
- Larsson, Billy (2010). *Therapists and their patients: Similarities and differences in attitudes between four psychotherapy orientations in Sweden*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Larsson, Bengt & Backman, Christel (2011). "Vad är social kontroll? Samhällsteoretiska perspektiv" I: Larsson, Bengt & Engdahl, Oskar *Social kontroll – övervakning, disciplinering och självreglering*. Malmö: Liber, s. 16–51.
- Lohmann, Hans (1990). *Psykisk hälsa och mänsklig miljö*. Stockholm: Carlssons.
- Luttenberger, Frans (1989). *Freud i Sverige. Psykoanalysens mottagande i svensk medicin och idédebatt 1900–1924*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Luttenberger, Frans (1997). "Striden mellan David och Goliat. Psykoanalytiska och psykodynamiska synsätt i svensk medicin". I: Qvarsell, Roger & Eriksson, Bengt Erik (red.) *Psykiatrins marginaler. Gestalter, positioner, debatter*. Linköping: Tema Hälsa och samhälle.
- Makari, Gregor (2010). *Revolution in mind. The creation of psychoanalyses*. Duckworth Overlook: London.
- Markström, Urban (2003). *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå: Borea Bokförlag.
- Meeuwisse, Anna (1997). *Vänskap och organisering. En studie av Fountain House-rörelsen*. Lund: Arkiv Förlag.
- Mindus, Erland (1968). *Arbete och mental hälsa*. Stockholm: Tiden.
- NE. <http://www.ne.se/lang/psykoanalys>, Nationalencyklopedin, hämtad 2011-11-10.
- NE. <http://www.ne.se/lang/psykoterapi>, Nationalencyklopedin, hämtad 2011-11-10.
- Nilsson, Ingmar (1978). *Själén i laboratoriet. Vetenskapsideal och människosyn i den experimentella psykologins framväxt*. Lund: Doxa.
- Olsson, Siv (1999). *Kuratoren förr och nu*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Ottosson, Jan-Otto (2003). *Psykiatri i Sverige. Vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ottosson, Jan-Otto (2004). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Palmblad, Eva (1994). "Om betydelsen av 'det psykiska' i svensk skoldebatt 1880–1950" I: Svensson, Tommy (red.) *Samhälle, psykiatrisk vård och psykisk hälsa*. Tema Hälso- och sjukvård i samhället. Linköping: Linköpings universitet.
- Pettersson, Ulla (2001). *Socialt arbete, politik och professionalisering. Den historiska utvecklingen i USA och Sverige*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Pilgrim, David & Rogers, Anne (1999). *A sociology of mental health and illness*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Piuva, Katarina (2005). *Normalitetens gränser – en studie om 1900-talets mental-hygieniska diskurser*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Qvarsell, Roger (1996). *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

- Qvarsell, Roger (1997). "Mentalhygien och psykisk hälsovård". I: Qvarsell, Roger & Eriksson, Bengt Erik (red.) *Psykiatrins marginaler. Gestalter, positioner, debatter*. Linköping: Tema Hälsa och samhälle.
- Qvarsell, Roger & Eriksson, Bengt Erik (red.) (1997). *Psykiatrins marginaler. Gestalter, positioner, debatter*. Tema Hälsa och samhälle. Linköping: Linköpings universitet.
- Reeder, Jürgen (2006). *Psykoanalys i välfärdsstaten. Profession, kris och framtid*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Rigné, Eva-Marie (2002). *Profession, science and state – psychology in Sweden 1968–1990*. Göteborg: Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen.
- Rose, Nicholas (1990). *Governing the soul*. London: Routledge.
- Rose, Nicholas (1999). *Powers of freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SCB. Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal. http://www.scb.se/Pages/List_324988.aspx.
- Shorter, Edward (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen. Om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Göteborg: Daidalos.
- Socialstyrelsens författningssamling 1970; 1973.
- Socialutskottet (1980). Betänkande om psykiatrisk hälso- och sjukvård m.m. SOU 1980/81:2.
- Socionomförbundets matrikel 1967. Stockholm: Socionomförbundet.
- SOU 1955:11. *Psykologisk utbildning och forskning. Betänkande av psykologutredningen*.
- SOU 1962:43. *Socionommatrikeln*.
- SOU 1983:33. *Kompetens inom hälso- och sjukvården: betänkande av 1981 års behörighetskommitté*.
- SOU 1992:73. *Psykiatriutredningen*.
- SOU 1996:138. *Betänkande avseende ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område*.
- Statistisk årsbok för landsting (2001). Stockholm: Landstingsförbundet.
- Stenshed, Bodil (2017). "Sjukhusuratorerna i Malmö. Uppkomst och utveckling". *Working paper*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.
- Sunesson, Sune (2003). "Socialt arbete – en bakgrund till ett forskningsämne". I: *Socialt arbete. En nationell genomlysning av ämnet*. Stockholm: Höskoleverket 2003:16.
- Sveriges Kommuner och Landsting, (SKL). Statistik 2004–2011. http://www.skl.se/vi_arbatar_med/statistik/statistik-personal/landstingsanstalld-personal.
- Swärd, Hans (1997). "Socionomutbildningens bakgrund". I: Edebalk, Per Gunnar; Farm, Inger & Swärd, Hans (red.) *Socialhögskolan i Lund femtio år. En jubileumstidskrift*. Meddelande från Socialhögskolan. 1997:7. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.

- Swärd, Hans & Edebalk, Per Gunnar red. (2017) *Socialt arbete och socialpolitik – om Centralförbundet för Socialt Arbete*. Stockholm: Studentlitteratur.
- UHÄ-rapport 1981:37. *Ny psykologutbildning*. Betänkande av en arbetsgrupp tillkallad av UHÄ.
- UKÄ-rapport 1975:24. *Utredning om psykoterapiutbildning*.
- Åman, Anders (1976). *Om den offentliga vården. Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitektonisk undersökning*. Sveriges arkitekturmuseum. Stockholm: Liber förlag.

