

När olika behandlingar för psykisk sjukdom utvärderades vid mitten av 00-talet var det märkligt tyst om barnpsykiatrisk behandling. I denna artikel ställer Karin Zetterqvist Nelson frågan varför just barnpsykiatrin inte har varit föremål för samma utvärdering som annan psykiatrisk verksamhet. Genom en undersökning av barnpsykiatrisk behandlingssideologi 1945–1985 vill hon lyfta fram den starka ställning som psykoanalytiska och psykodynamiska traditioner har haft. Här framträder också hur synen på barn har förändrats.

Från samhällets barn till egna individer

Barnpsykiatrisk behandlingssideologi 1945–1985

Karin Zetterqvist Nelson

Den här artikeln handlar om utvecklingen av barn- och ungdomspsykiatrisk behandlingssideologi och policy under perioden 1945–1985.¹ Ämnet aktualiserades i mitten av 00-talet i samband med en debatt om psykiatriska terapimetoder för vuxna, närmare bestämt hur psykofarmaka står sig i relation till kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi. Det var en rapport från Statens beredning av medicinsk behandling (SBU) som väckte frågan. Rapporten presenterade en genomgång av aktuell psykoterapiforskning och en av slutsatserna var att kognitiv beteendeterapi var lika effektiv som psykofarmaka, medan psykodynamisk behandling hade ett svagare vetenskapligt stöd.² Frågan engagerade givetvis många forskare men också professionella företrädare eftersom slutsatserna påverkade utformningen av den psykiatriska praktiken. Ett intressant faktum var dock att inga röster från barnpsykiatrisk verksamhet hördes i debatten. Det framstod närmast som att frågan om terapiformers berättigande och effektivitet inte berörde barnområdet.

En snabb internationell utblick ger dock en annan bild. Barnterapi i barnpsykiatrisk verksamhet har sedan 1950-talet stått i centrum för studier av behandlingseffekt i länder som USA och Storbritannien.³ Ett nutida exempel finner vi i en brittisk artikel om behandlingseffekter i psykoanalytisk barnterapi.⁴ Hur kommer det sig att barnpsykiatriska behandlingsformer varit

mindre utsatta för en diskussion om effektivitet och mätbarhet i Sverige? Hur kan denna skillnad förstås? Vad handlar det om? Ett tänkbart svar är att det handlar om den stora variation som finns mellan olika länder i västvärlden ifråga om hur verksamhet för barn med psykiska problem har organiserats. Den rådgivningsverksamhet som utvecklades av den amerikanska Child Guidance Movement under tidigt 1900-tal var starkt inspirerad av mentalhygienisk idétradition och psykologisk forskning om barns utveckling. En stark tilltro till öppna vårdformer i kombination med utåtriktat socialt arbete syftade till att nå ut till utsatta och fattiga barn i de snabbt växande industrialiserade städerna. Ambitionen var att via rådgivning till föräldrar bedriva en genomtänkt barnuppfostran och därmed minska risken att barn utvecklade sociala och psykiska problem.⁵ Dessa idéer spreds internationellt under första delen av 1900-talet via professionella utbyten och forskningskonferenser, och i mötet med andra nationella välfärdssystem och skilda kulturella föreställningar om barn och barndom utvecklades nya varianter och utformningar av rådgivningstraditionen.⁶ Det innebär att nationella jämförelser är problematiska eftersom barnpsykiatri som verksamhet kan se så olika ut. Kan man tänka sig att det finns något i den svenska utvecklingen av vård för barn med psykiska problem som bidrar till en utebliven debatt om effekter av barnpsykiatrisk behandling?

En historisk tillbakablick visar att "child guidance"-idéer anammades i Sverige under tidigt 1900-tal och att det resulterade i rådgivningsbyråer av olika slag. I dessa sammanhang fick psykoanalytiskt tänkande genomslag.⁷ Likaså, när barnterapi utvecklades som tradition i Sverige under 1950-talet och tiden framöver, hade den psykoanalytiska traditionen en stark ställning.⁸ Mot bakgrund av att barnpsykiatri inte omfattats av diskussionen om olika psykoterapiformers effektivitet, finns det anledning att fråga om den psykoanalytiska psykodynamiska traditionen fortsatt att dominera verksamheten och på så vis stängt ute alternativa behandlingstraditioner, särskilt beteendeterapeutiska former. Har den freudianska behandlingsideologin fått en position som utesluter andra skolor? Eller är det andra mekanismer i utvecklingen av svensk barnpsykiatri som bidragit till att frågan om olika terapiformer inte aktualiserats?

Den senare delen av 1900-talet, särskilt tiden efter 1960 och framåt, är relativt utforskad vad gäller barnpsykiatrisk behandling och policy. Ett fåtal historiskt och sociologiskt orienterade studier har skrivits om specifika institutioner, likaså finns böcker och rapporter skrivna ur ett verksamhetsperspektiv.⁹ Från statligt håll finns dock en omfattande produktion av utredningar (SOU) och myndighetsrapporter som på olika sätt och vid skilda tidpunkter utrett barnpsykiatrins organisation och verksamhet, bland annat behandlingsområdet, sedan 1945 då verksamheten initierades under namnet psykisk barna- och ungdomsvård.¹⁰

I föreliggande artikel fokuseras utvecklingen av behandlingsideologi och policy i svensk barnpsykiatri under tidsperioden 1945–1985 via en studie av offentligt material. Det övergripande syftet är att undersöka den psykoanalytiska behandlingsideologins position i jämförelse med andra behandlingsideologier och policyskrivningar. Centrala frågor är: Vilka behandlingsformer förordas i det aktuella materialet? Hur motiveras dessa behandlingsformer? På vilken kunskapstradition grundas de? Vilka förändringar framträder under den undersökta perioden? Slutligen, vilken syn på barn respektive föreställningar om barndom genomsyrar behandlingsideologier och policybeskrivningar?

Avgränsningar, material och analysmetod

Tidsperioden avgränsas till 1945–1985, vilket motiveras av materialets karaktär och omfång. Året 1945 var startpunkten för den psykiska barna- och ungdomsvården, med en omfattande utredning som utgångspunkt, därefter har två större statliga utredningar och ett antal rapporter från Socialstyrelsen utrett och utvärderat verksamheten.¹¹ År 1985 presenterades den tredje statliga utredningen, vilket motiverar slutpunkten för den period som studeras.¹² En annan avgränsning består i att fokusera öppenvård, som omfattade mellan 80 och 90 procent av den totala verksamheten under hela perioden.

Vad motiverar då valet av material? Statliga utredningar och rapporter utformar riktlinjer och rekommendationer för offentligt finansierad verksamhet och utgör kärnan i policyskapande. Det färdiga policydokumentet stakar ut och ramar in aktuella verksamheter på ett normativt plan som får konsekvenser för alla involverade aktörer, vilket motiverar en närmare vetenskaplig granskning.¹³ Den statliga rösten är dock inte enstämig utan har formats som ett resultat av interaktioner inte bara mellan politiker från olika partipolitiska schatteringar, utan också i ett samspel mellan politiker och experter. Analyser av utredningstexter är ett sätt att närma sig den komplexa interaktionen mellan expertis, politik och professionella/institutionella aktörer som präglar framväxten av välfärds- och hälsojärster i den moderna välfärdsstaten.¹⁴ Betänkandet är ett resultat av åsiktskamper som ibland redovisats öppet, ibland enbart anas mellan raderna, ibland har dolts helt och hållet.

Ideologianalysen innebär i första steget en fokusering på hur barnpsykiatrisk behandling retoriskt skrivs fram på en manifest nivå i utrednings- och rapporttexter. Analysens andra steg innebär att de manifesta delarna relateras till aspekter mindre synliga i texten. För det första, vilka underliggande kunskapstraditioner av teoretisk karaktär kommer till uttryck, direkt eller indirekt, i texten och för det andra, vilket var textens sociala och materiella

sammanhang, vilket konkret innebär att de aktuella utredningarna beaktas i sin helhet. Därtill omfattar ideologianalysen en uppmärksamhet på en specifik dimension som rör de föreställningar om barn och barndom som kommer till uttryck i utredningstexterna och särskilt i behandlingsavsnitten.¹⁵

Den övergripande bild av verksamheten efter 1945 som tecknas i dessa olika texter och dokument har två viktiga kännetecken. För det första: de två mål för verksamheten som formulerades 1945 kvarstod under hela perioden, nämligen att *förebygga* psykisk ohälsa och att *identifiera och behandla* barn och unga som drabbats. Under de första årtiondena betonades det förebyggande målet, därefter kom det andra målet att skrivas fram som primärt. För det andra: verksamheten har trots sin etablering som en medicinsk sjukvårdande verksamhet fortsatt att influeras av icke-medicinska kunskapsområden, särskilt psykologi. Likaså har behandling ofta utförts av andra professioner än läkare. I jämförelse med situationen inom dåtidens mentalsjukvård, där den psykiatriska läkarkåren hävdade sin ensamrätt till att utföra psykiatrisk behandling, var situationen på barnområdet annorlunda. Det medicinska etablissemanget kom att under 1950-talet erkänna rätten för barnpsykologer att utföra barnterapeutisk behandling.¹⁶

Undersökningen struktureras utifrån tre perioder som kunnat urskiljas under analysens gång. Den första perioden 1945–1960 präglades av att psykisk barnavård var en försöksverksamhet. En stark vision om betydelsen av psykisk barnavård för alla barn och unga genomsyrade argumentationen. I praktiken var terapeutisk behandling på individnivå inte utvecklad och traditionen från rådgivningsbyråerna att främst testa barn och fostra föräldrar dominerade verksamheterna. Den andra perioden, 1960–68, var expansiv på flera plan; dels växte verksamheten (från tio till 27 kliniker), dels började en barnpsyko-terapeutisk tradition på psykodynamisk grund växa fram. Slutligen, perioden 1969–85 präglades av en stabilisering av verksamheten, liksom en etablering av psykodynamisk behandlingsideologi i en form som hade hegemonisk karaktär.

1945–1960: en vision tar form

År 1945 togs första steget till en statligt finansierad psykisk barnavård, den verksamhet som senare benämns barnpsykiatri. Socialdepartementets dåvarande chef statsrådet Gustav Möller hade på grundval av en omfattande utredning i en lika omfattande proposition föreslagit riksdagen att på försök driva denna verksamhet som en del av landstingens sjukvård, vilken sedan antogs av riksdagens båda kamrar.¹⁷ Den aktuella utredningen var Ungdomskommitténs första betänkande ”Psykisk barna- och ungdomsvård”.¹⁸ Det var den första i en rad utredningar om verksamheter för barn och unga inom

fritid, skola, arbete och hälsa, som alla syftade till att utveckla välfärdsinsatser på ett generellt plan.¹⁹ Ungdomskommittén hade tillsatts år 1939 för att utreda en enligt utredningen tilltagande ungdomsbrottslighet. Efter ett avbrott vid krigsutbrottet återupptog kommittén sitt arbete två år senare, fast då med vidgade direktiv. Ungdomskommittén uppmanades att ta till sig den undersökning om den så kallade ligabrottsligheten som Centralförbundet för socialt arbete lade fram 1941.²⁰ Vidare betonades att inte enbart beakta de med tidens språkbruk ”socialt missanpassade ungdomarna”, utan ungdomars situation i samhället i mer generell mening.

Att driva psykisk barnavård i anslutning till lasaretten under landstingens regi motiverades politiskt med hänvisningar till de regionala och lokala skillnader som uppstod i kommunala verksamheter. Med hjälp av statlig styrning och ledning via landstingen skulle en mer socialt rättvis fördelning av välfärdsinsatser för barn och ungdomar etableras. Sjukvården skrevs fram som ett alternativ till en, som det hävdades, stigmatiserande fattigvård och social barnavård.²¹ Att använda sjukvården för att skapa socialt rättvisa på hälsoområdet var inte unikt vid denna tid. Historikern Anders Berge, som undersökt utvecklingen av vårdformer för äldre och kroniskt sjuka, beskriver hur sjukvården var ett av socialpolitikens kärnområden under 1900-talet.²² Den psykiska barnavårdens framväxt ingick i en större förändringsprocess av politiskt beslutade generella hälso- och välfärdsprojekt för barn och föräldrar, vilka skisserats under kriget och konkretiserades med efterkrigstidens optimism och tilltro till statens sociala ingenjörskonst.

I utredningstexten formulerades också en syn på barn. Detta alternativa sätt att se på barn knöts retoriskt till argumentationen för en utveckling av sociala och förebyggande insatser för barn och unga. Denna syn på barn var inte ny i historisk mening, utan hade växt fram under tidigare decennier, men den psykiska barnvården symboliserar dess politiska lansering under efterkrigsåren.

En ny syn på barn

Utgångspunkten var att alla barns psykiska utveckling till största del utspelade sig på ”känslans område” i nära anknytning till vuxna i barnets omgivning.²³ Betydelsen av en ömsesidig positiv känslobindning mellan barn och föräldrar framhävdes som avgörande för en sund psykisk utveckling hos barnet, inom ramen för en förklaringsmodell som retoriskt också motiverades med ett avståndstagande till ett, som man skrev, föräldrat synsätt där inlärning och vanor hade betraktats som avgörande i barns utveckling. I stället betonades möjligheten att förstå de bakomliggande orsakerna till barns handlingar, något som dock krävde en ”sakkunnig utredning”.

De psykologiska sammanhang, som därvid i det enskilda fallet ligga bakom symptomen på missanpassning, låta sig emellertid i regel avslöjas först genom sakkunnig utredning och kunna då visa sig bottna i förhållanden, som för den oinvidige te sig tämligen överraskande.²⁴

Uttrycket ”Det finns inga elaka barn!” formulerades i andra sammanhang under denna tidsperiod, vilket speglade den syn på barn som går igen i utredningen.²⁵ Detta sätt att se på barn och barns utveckling presenterades utan referenser till litteratur eller forskning. Begreppsapparaten var dock psykoanalytisk till sin karaktär, med uttryck som att barn hade ”blandade känslor” inför en händelse, eller beskrivningen av ”den sammansatta känslkontakten mellan föräldrar och barn”, liksom termer som konflikter, lust och olust.²⁶ Likaså beskrevs hur barn-föräldrarelationens karaktär satte sin prägel på barnets relationer till andra vuxna, som flickan som stjal från sin arbetsgivare ”vilken för henne representerar den misshaglige fadern...”.²⁷

Ett ämne som i större omfattning omfattade referenser var genomgången av forskning som visade på sambandet mellan olämpliga miljöförhållanden och så kallad psykisk felutveckling. Särskilt utrymme i betänkandet gavs till de två undersökningar som utfördes på kommitténs uppdrag av Gustav Jonsson, senare känd som Skå-Gustav, och kommittéledamoten Alfred Hässelberg.²⁸ Båda kom till slutsatsen att social missanpassning och psykisk felutveckling hos barn och ungdomar i själva verket var reaktioner på brister i den sociala miljön. Gustav Jonsson hänvisade till att den sociala barnavården inte i tillräckligt hög grad hade uppmärksammat tidiga symtom på psykisk felutveckling hos barn. Bemötandet skulle förbättras och utvecklas om dessa inrättningar fick stöd av en psykisk barn- och ungdomsvård, en ”diagnostiserande och differentierande verksamhet [...] avsedd att förebygga och neutralisera verkningarna av olika för barnens livsduglighet och sunda utveckling ogynnsamma faktorer”.²⁹ Det handlade med andra ord om den psykiska barnavårdens roll i utvecklingen av en offentlig välfärd för barn mer generellt, en roll som retoriskt mejslades fram via en kritik av den sociala barnavården och dess bristande förmåga att upptäcka psykisk problematik hos barn, som i sin tur var tecken på bristande social omsorg i barnets miljö.

I denna vision om ett nytt öppet och demokratiskt samhälle formades en syn på barn och unga som samhällets barn. Barn och unga var inte bara en värdemätare på samhället i den meningen att deras psykiska utveckling reflekterade samhällsbetingelserna utan deras hälsa var samhällets ansvar, de tillhörde samhället. Att barn betraktades som samhällets barn överensstämde med tidsandan och avspeglades inte bara i detta sammanhang, det genomsyrade hela utvecklingen av välfärdsinstitutioner för barn och unga.³⁰ Föreställningen om den goda barndomen överlappade med visionen om det

goda samhället (folkhemmet). Mot den bakgrunden skrevs den psykiska barnvården fram som en aktör som drev på utvecklingen i denna riktning. Denna vision levde vidare under 1950-talet.

Från rådgivning till barnpsykiatrisk behandling

Den behandling och de åtgärder som skisserades i denna första utredning om psykisk barnavård var inget nytt utan följde i spåren på vad som redan gjordes vid rådgivningsbyråerna i de större städerna. Det handlade om social och pedagogisk rådgivning i bokstavlig mening. Barnets skolsituation, fostran och familjesituation och andra faktorer i barnets miljö togs upp och granskades av läkare och övrig personal, och föräldrarna fick råd och stöd i olika frågor. Barnläkarna hade en central roll, men psykologassistenter och socialassistenter fanns också tillgängliga.³¹

Exempel på åtgärder och behandlingsinsatser redovisades i en redogörelse från Karlstad lasarett i Värmlands läns landsting. Redan innan beslutet om nationellt statsunderstöd hade fattats hade en försöksverksamhet initierats i Värmland, där den ovan nämnde Gustav Jonsson gick från ord till handling när han lämnade rollen som expert i Ungdomskommittén och tillträdde som överläkare. Under en period på cirka fyra månader noterades 213 patienter vid kliniken och under rubriken "Vidtagna åtgärder" framgick att det till största del rörde sig om rådgivning och utlåtanden till skolan, tätt följt av utlåtanden och råd angående sociala frågor. Likaså noterades "föräldrafostran", en rådgivning till föräldrarna med pedagogisk underton. Steriliseringsutredningar förekom också, liksom inläggning av barn och ungdomar på sjukhusavdelningen för observation och utredning.³²

Psykoterapi för barn utövades i begränsad omfattning under den aktuella perioden. Vid Ericastiftelsen i Stockholm pågick sedan tidigt 1930-tal en verksamhet för så kallade problembarn. Hanna Bratt, en f d rektor från en flickskola i Örebro, hade inspirerats av intellektuella strömningar inom reformpedagogik och barnpsykologi när hon tog initiativ till Ericastiftelsens verksamhet. Inledningsvis erbjöds rådgivning och lekterapi till barn och föräldrar.³³ Under 1940-talet fick den barnterapeutiska inriktningen en tydlig psykoanalytisk inriktning med personer som barnpsykolog Gudrun Seitz, barnpsykiater Gunnar Harding och barnpsykolog Allis Danielsson.³⁴ Den psykoanalytiska barnterapien bestod av ett lekmaterial i form av en sandlåda som var central i det terapeutiska arbetet med barnen. Ericametoden etablerades som en vedertagen behandlingsform under kommande decennier, vilket jag återkommer till längre fram.³⁵ Utbildningsverksamheten för barnterapeuter breddades under 1950-talet och även om antalet barnterapeuter nationellt sett fortfarande var mycket begränsat var det många som efter av-

slutad utbildning vid Ericastiftelsen fick en tjänst inom den barnpsykiatriska öppenvården.³⁶

Tio år efter det att psykisk barnavård lanserats som en ny sjukvårdsverksamhet, hade totalt tio landsting samt de landstingsfria städerna inrättat kliniker för detta ändamål. Likaså hade barnpsykiatri – observera begreppsändringen från psykisk barnavård till barnpsykiatri – etablerats som medicinsk specialitet 1951 och år 1958 inrättades den första professuren med den då välkände barnpsykiatrikern Sven Ahnsjö. Termen barnpsykiatri användes parallellt med psykisk barnavård, vilket jag återkommer till nedan. I utredningen från 1957 med samma titel som den förra, ”Psykisk barn- och ungdomsvård”, återfanns samma vision om den psykiska barnavården som en förebyggande verksamhet, och inte bara det; som en samhällsförbättrare.³⁷ Verksamheten, hävdade utredningen, bidrog till en positiv personlighetsutveckling för samhällets unga och därmed till samhällsutvecklingen. Visserligen, skrev man vidare, hade barnpsykiatriker beskyllts för att med krav på fri fostran undergräva auktoriteter och disciplin. Men detta grundade sig på en missuppfattning – modern uppfostran med lyhördhet, respekt och ömsesidighet utgjorde i själva verket grunden för en demokratisk samhällsutveckling, fortsatte man. I denna retorik hävdades vidare att psykisk barnavård inte gjorde anspråk på

medinflytande i samhällsutvecklingen utan endast att den energiskt och oförtrutet måste få tala om, att den under sitt arbete får se många svåra och farliga situationer som uttryck för att samhällets psykiska hälsa hotas, och även får erfarenhet om botemedel häremot. Den vill [...] bidra till att skapa ett bättre samhälle.³⁸

Den psykiska barnavården framställdes som en aktör vars ideologiska budskap var att barns och ungdomars psykiska hälsa var nära förbunden med samhällets ”psykiska hälsa”. Utredningen, som tillkom inom ramen för den så kallade Mentalvårdsberedningen, vilken i sin tur ingick i en större nationell översyn av landsting och sjukvård, föreslog att det ”skall inrättas barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar med därtill anslutna öppna mottagningar samt [...] fristående centraler och filialer”.³⁹ Att termen ”barn- och ungdomspsykiatri” används parallellt med den ursprungliga benämningen psykisk barnavård, som ingick i utredningens titel, var ingen tillfällighet utan anknöt till en förändring i sättet att resonera kring behandling av barn och unga under 1950-talet. I utredningen lyftes exempelvis fram att i ”den moderna barnpsykiatrin har barnpsykoserna fått en större aktualitet”.⁴⁰ Det fanns enligt utredningen alltför många, med utredningens vokabulär, sinnessjuka barn som var placerade på mentalsjukhus för vuxna, på sinnesslöanstalter eller som bodde kvar hemma, och som inte fick adekvat omhändertagande. Det skrevs

fram som ett stort samhällsproblem som måste lösas.⁴¹ Ur ett historiskt perspektiv skapades i detta sammanhang en ny kategori, ”de sinnessjuka barnen” via ett anammande av en psykiatrisk diskurs. Sättet att använda psykiatrisk terminologi präglades samtidigt av stor försiktighet och en kritisk hållning. Tongivande barnpsykiatriker utmärktes av en avvisande hållning gentemot vuxenpsykiatriens utformning, vilket reflekterades i det sätt varpå barnpsykiatrisk slutenvård diskuterades. Psykiatiseringen fick dock genomslag i de öppna vårdformerna såtillvida att behandlingsformer diskuterades utifrån en diagnostisk modell.

Diagnoser som utgångspunkt för behandling

I den aktuella utredningen från 1957 presenterades en uppdelning av de problem som den psykiska barnvården mötte.⁴² Vi ser här en tydlig ambition att klassificera och sortera problemtyper enligt ett medicinskt diagnostiskt tänkande. Fyra huvudtyper skisserades: sinnessjukdom (schizofreni, mani-depression, psykos), organiskt betingade sjukdomar (hjärn- och hjärnhinneinflammationer), utvecklingshämningar (konstitutionella, partiella) samt anpassningssvårigheter och beteenderubbningar. Den sistnämnda överensstämde med de problembilder som dominerade i den första utredningen från 1944, där rådgivning stod i centrum. Skillnaden från tidigare var dock att nu delades denna kategori in i fyra undergrupper, vilka knöts till olika behandlingsförslag, allt i enlighet med ett medicinskt tänkande med diagnosen som indikation för behandling. Den första undergruppen benämndes ”mognadsstörning eller med ett annat ord, ’tillväxtrubbningar’” och i de fallen rekommenderades en stödjande terapi. ”Okomplicerade miljöskador” hänvisade till socialt utsatta barn som behandlades med så kallad miljöpåverkan, exempelvis familjestöd. Den tredje undergruppen baserades på psykoanalytiskt tänkande och betecknades som ”neurotiska störningar”, vilket syftade på så kallade inre, omedvetna konflikter, vilka behandlades med barnterapi alternativt sociala åtgärder. Den fjärde undergruppen definierades med en engelsk term, nämligen ”primary character disorders”,⁴³ något som enligt utredningen borde behandlas med ”klimatterapi”. När olika barnpsykiatriska behandlingsformer diskuterades mer ingående framträdde en utvidgad begreppsapparat, dock utan närmare referenser till klinisk teori och forskning. Det rörde sig om samtalsbehandling, läkepedagogisk behandling, insulinomabehandling, medikamentell behandling, liksom psykoterapi, miljöpåverkan, klimatterapi, sociala åtgärder, gruppterapi och rörelseterapi. Psykiatrisk terminologi blandades med psykologisk och pedagogisk dito och begreppsapparaten rörande behandling vidgades.

Sammanfattningsvis: psykisk barnvård under perioden 1945–60 omfattade en behandlingstradition som till stora delar övertog den tidigare rådgivningsverksamhetens mer pragmatiska inställning. Barnen testades och föräldrarna fostrades. En tilltagande påverkan från två vitt skilda håll kunde dock urskiljas: dels ett psykiatriskt tänkande som hanterades med kritisk försiktighet, dels ett psykoterapeutiskt tänkande som välkomnades och som skulle få större genomslag under nästkommande period.

1960–1968: barnpsykiatrins etablering och expansion

År 1960 utfärdades en ny kungörelse om statsbidrag som upphävde landstingens och aktuella landstingsfria städers möjligheter att själva ta ställning till om psykisk barn- och ungdomsvård skulle bedrivas av landstinget/staden.⁴⁴ Nu skulle psykisk barn- och ungdomsvård bli rikstäckande och erbjudas i varje landsting.⁴⁵ Under den aktuella perioden började verksamheten, som nu benämndes barn- och ungdomspsykiatri, att expandera från att 1960 omfatta tio kliniker i landet till att 1968 omfatta totalt 28 barnpsykiatriska kliniker, varav 14 var nybyggda. Denna expansion var stor för barnpsykiatrin men ur ett statligt budgetperspektiv inte särskilt omfattande. Till exempel, budgetanslag för statliga sommarkolonier år 1960 var 1.7 miljoner kronor, i jämförelse med barnpsykiatrisk verksamhet som tilldelades 700 000 kronor. Motsvarande siffor år 1970 var fyra miljoner kronor (sommarkolonier) och 1.6 miljoner kronor (barnpsykiatri).

Med expansionen följde emellertid en ökande tillströmning av barn och ungdomar till barnpsykiatrisk öppen- och slutenvård, inte sällan i form av mer ”krävande och svårbehandlade fall”.⁴⁶ En promemoria från mentalsjukvårdsberedningen som publicerades 1968 diskuterade denna utveckling och pekade på behovet av att klargöra gränserna mellan barnpsykiatrins vårdformer och andra former av vård.⁴⁷ Likaså syftade dokumentet till att peka ut barnpsykiatrins fortsatta riktning.⁴⁸

En ambivalent psykiatrisk verksamhet

I den aktuella promemorian diskuterades inledningsvis ämnet ”barnpsykiatriska sjukdomar och diagnoser”, ett område vars terminologi beskrevs som ”mycket växlande” med många olika skolor och referensramar.⁴⁹ I resonemanget uttrycks en ambivalens inför de diagnostiska klassifikationssystem som användes internationellt. De ansågs alltför diffusa och problematiska, inte minst för att de var hämtade från vuxenpsykiatrin, utan hänsyn till utvecklingsfaktorer. Likaså var etiologiska aspekter komplicerade, sades det, eftersom orsakerna till barns psykiska problem var komplexa.⁵⁰ Barnpsykia-

trin, till skillnad från vuxenpsykiatrin, präglades enligt PM:et av ett så kallat "multidimensionellt synsätt" som tog hänsyn till alla dimensioner såsom ärftlighet, konstitution, miljö, somatiska aspekter, barnets ålder; dimensioner som samtliga ansågs påverka symtombilden. Mot denna bakgrund framhövdes att problembeskrivningar borde vara av mer deskriptiv karaktär, vilket dock skulle kräva en "genomgripande revision av vårt nuvarande diagnostiska tänkande" som inte gick "att genomföra konsekvent inom ramen för denna promemoria".⁵¹

Denna något kritiska inledning följdes dock lite motsägelsefullt av en presentation av barns och ungas psykiska sjukdomar i diagnostiska termer. Följande grundkategorier presenterades: psykoser, psykoneurotiska tillstånd, personlighetsavvikelser, intellektuella utvecklingsavvikelser, partiella utvecklingsavvikelser, psykosomatiska och psykofysiologiska tillstånd, vanemässiga manipulationer, akut och subakut psykisk insufficiens, suicidförsök och suicid, missbruk av läkemedel, narkotika och andra berusningsmedel liksom asociala symtom. Indelningen i symtom och syndrom differentierades sedan ytterligare, med ingående beskrivningar av beteenden och handlingar på ett sätt där hänvisningar till bakomliggande orsaker blandades med symtombeskrivningar. Likaså varvades psykiatrisk och psykoanalytisk terminologi i redovisningen utan klargöranden och referenser.⁵² De knöts dock inte till behandlingsformer, utan dessa presenterades i ett avsnitt för sig.

En psykodynamisk inramning av öppenvårdsbehandling

I den aktuella promemorian beskrevs behandlingsformer relativt kortfattat.⁵³ Konkret angavs fyra alternativ: 1) psykoterapi, som mer specifikt definierades som "individuell långtidsterapi, såväl analytisk som eklektisk, korttidsterapi, stödande, ev. inlärningsterapi, gruppterapi"⁵⁴, 2) medicinsk behandling, som exempelvis omfattade elchocksbehandling, 3) pedagogisk träning, som handlade om ingripande i skolsituationer samt 4) miljöterapi, som gick ut på att utnyttja miljön i terapeutiskt syfte.⁵⁵

De öppna vårdformerna för barn och unga genomtyrades helt av psykologisk behandling på individuell grund, med olika former av samtalsterapi med en terminologi som hade en uttalad icke-medicinsk karaktär. Nu hade en psykodynamisk teoritradition börjat få genomslag, som var en vidareutveckling av den psykoanalytiska traditionen i den brittiska objekt-relationsskolan och den amerikanska utformningen av ego-psykologin. Den psykodynamiska skolan i barnterapeutiska sammanhang under den aktuella perioden kom att inspireras av Anna Freuds och Erik Homburger Eriksons ego-psykologiska inriktning. Traditionen hade en svagare knytning till den mer europeiskt orienterade radikala psykoanalytiska strömning som inspirerat de politiska

visioner som genomsyrade utredningarna om psykisk barnavård från 1944 och 1957 (se diskussioner ovan). I de sammanhangen knöts den psykoanalytiska synen på människor, särskilt barn, till en radikal syn på samhällets potential att skapa jämlikhet och välfärd för alla, genom exempelvis inrättandet av psykisk barnavård. Den amerikanska ego-psykologin omfattade en starkare betoning av individen och inte minst individens anpassning till omgivningen. Ett starkt jag hos individen, barnet i detta fall, karaktäriserade god psykisk hälsa. Samhällets roll tonades ned och i stället framhövdes de nära relationernas betydelse för barnets psykiska och sociala utveckling.⁵⁶ I Sverige kom psykologen Inga Sylvander att representera denna ego-psykologiska inriktning och hennes böcker om barns psykologi och barnpsykoterapi fick stort genomslag under kommande år.⁵⁷

När barns och ungas problem definierades i en barnpsykiatriskt orienterad terminologi framträdde också en allt större tvekan och kritik; inte minst ansågs diagnostiken otillräcklig i flera avseenden. I den aktuella promemorian hade diagnostik frikopplats från behandling, i stället fokuserades differentiering av vårdformer, med särskild betoning på ”korttids-, långtids- och specialvård”.⁵⁸ Diagnostiken användes för vårdstatistik, och därmed också som ett medel att befästa och motivera verksamhetens karaktär gentemot socialvård, skolhälsovård och en framväxande barnhabilitering. Den kritiska och tveksamma hållningen till psykiatrisk diagnostik i behandling låg helt i linje med ”den nya psykiatrin” som började växa fram i radikala kretsar i slutet på 1960-talet.⁵⁹ Socialstyrelsens rapporter om psykiatrisk verksamhet från 1970-talet synliggör denna ideologiska förändring.

1969–1985: barnpsykiatri i en tid av radikal förändring

När psykiatrisk vård utvärderades av Socialstyrelsen under tidigt 1970-tal granskades också barnpsykiatrisk verksamhet, fast i begränsad omfattning.⁶⁰ Flera av de aspekter som man lyfte fram som centrala delar av barnpsykiatrin var ideologiskt viktiga i den nya psykiatrins budskap. Det handlade inte minst om ett multidimensionellt synsätt i psykiatrisk diagnostik och behandling; samhälleliga, sociala, psykologiska och biologiska orsaker borde ges likvärdig uppmärksamhet. Enligt rapportförfattarna omfattade barnpsykiatrin ett sådant perspektiv, vilket speglades i barnpsykiatrins breda och långvariga undersökningar av aktuella barn och ungdomar, fortsatte man. Visserligen formulerades detta med en kritisk udd; ibland skulle utredningstiden kunna begränsas. Vidare framhöll man i rapporten hur såväl diagnostik som terapi vilade på psykoanalytisk teori inom barnpsykiatrin, vilket bidragit till en ”förståelse för barnets fantasivärld, omedvetna önskningar, motiv etc”.⁶¹ Detta hade dock också en negativ sida, enligt rapportförfattarna, eftersom denna

inställning i praktiken hade lett till att man ”i sin nit att förstå barnet avstått från åtgärder, som i och för sig skulle varit både effektiva och befogade”.⁶² Vidare följer ett stycke som omfattar en mycket kortfattad beskrivning av behandlingsmetoder. Man konstaterade helt kort att en ”psykiatrisk modell, där speciella problem kunnat behandlas med speciell terapi” börjat skymta fram i barnpsykiatrin.⁶³ När den beteendeterapeutiska metoden beskrevs noterades att beteendeterapi visat sig vara bra för exempelvis vad man kallade neurotiskt lästa beteenden (fobier) och för träning av utvecklingsstörda. I direkt anslutning till detta avsnitt hänvisas läsaren dock till ett tidigare stycke där rapportförfattarna uttalat sig om beteendeterapi. Det är metoder, skriver författarna, som aldrig kan ersätta det psykodynamiskt orienterade betraktelsesättet med dess människosyn där ”förståelse- och meningsaspekter är centrala”.⁶⁴ Med ett retoriskt grepp knöts förståelse och meningsaspekter till psykodynamisk teori, via hänvisning till ”människosyn”. Framskrivningen av ”förståelse” och ”meningsaspekter” påminner om tankegångarna i de första utredningarna om psykisk barnavård och den syn på barn som dessa uttryckte, där man ville förstå barnens handlingar och yttringar som uttryck för en bakomliggande problematik. Det fanns inga elaka barn, utan elakheten hade en historia som gick att förstå! I den aktuella Socialstyrelserapporten knöts ”förståelse” till ett filosofiskt resonemang om människosyn i psykologi och terapi.

Resonemanget utvecklades inte vidare i den aktuella rapporten men en av författarna, psykiatern Johan Cullberg, frontfigur i utvecklingen av en socialt orienterad och sektoriserad psykiatri, har i andra texter från samma tid utvecklat resonemanget.⁶⁵ Psykodynamisk teori med ”menings- och förståelseorienterad människosyn” lanserades som alternativ till biologiskt orienterad psykiatri med en så kallad mekanisk människosyn.

Mot den bakgrunden framträdde utvecklingen av barnpsykiatris behandlingsideologi från 1945 och framåt i ett intressant ljus. Centrala element inom barnpsykiatrin, som betoningen av ett multidimensionellt synsätt i diagnostik liksom de psykoanalytiska/psykodynamiska teoriernas starka position, återfanns i framställningen av den nya psykiatrin. Frågan är hur barnpsykiatrin påverkades av de nya politiska strömningarna och retoriken kring psykiatris position i samhället.

Anti-diagnostiska strömningar i barnpsykiatrin

Mot bakgrund av den stora genomlysning som gjorts av vuxenpsykiatrisk verksamhet, lät Socialstyrelsen senare under 1970-talet genomföra en omfattande kartläggning av barnpsykiatrin. Via en enkätundersökning som riktades till de nu totalt 30 klinikerna i landet ställdes frågor om dels organisatoriska aspekter som exempelvis yrkesprofessioner och arbetsuppgifter, dels journal-

uppgifter om aktuella patienter i november månad 1975 (totalt cirka 4 000 individer). På basis av sammanställningar och beräkningar av insamlade data publicerades en rapport 1980.⁶⁶ Generellt präglades rapporten av redovisning av insamlade data, vilka i sin tur diskuterades på ett relativt teorilöst sätt. Hänvisningar gjordes till ett utvidgat teoriavsnitt som dock aldrig kom att införlivas i rapporten. I den aktuella rapporten diskuterades diagnostik än mer kritiskt än tidigare. I samband med redovisningen av patientunderlaget under rubriken "Patientens problem" betonades följande:

Patientens problem och symtom kan aldrig ses fristående från det sociala och psykologiska sammanhang i vilket han/hon är inlemmad [...] Helst borde den individuella infallsvinkeln, som är en kartläggning av patientens problem, kompletteras med en kartläggning av den familje- och grupsituation, i relation till vilken hans/hennes konflikter och symtom måste ses.⁶⁷

Den kritiska tonen präglade den fortsatta presentationen som samtidigt paradoxalt nog redovisade en omfattande statistik från patientunderlaget på basis av *tre* olika diagnostiska klassificeringsgrunder.⁶⁸ Den första byggde på en diagnostisk klassificering utifrån WHO:s riktlinjer (som senare övergick till det så kallade ICD, "International Classification of Diseases"). Avsnittet inleddes med kommentaren att de aktuella diagnoserna var "dåligt lämpade för barn- och ungdomspsykiatrisk diagnostik". Knappt hälften av den större gruppen på runt 4 000 patienter hade fått diagnosen *neuros*, cirka 30 procent hade bedömts som friska eller "Annan", och "Övrigt" omfattade allt från utvecklingsstörning till hjärnskador. Resultatet kommenterades dock inte annat än att det var preliminärdiagnoser hämtade från journaluppgifterna.

Den andra klassificeringen byggde på angivna symtom och orsaker till att barnet remitterats till barnpsykiatri. Resultaten visade att den största gruppen av problem hade uppträtt i skolan och det handlade huvudsakligen om psykosomatiska problem respektive utåtagerande problem, samt en mindre kategori där missbruksproblem liksom självmordsförsök angavs som orsak till remissen.

Slutligen skapades en tredje problemklassificering på grundval av utredningsgruppens sätt att bedöma patientuppgifterna. På basis av, som det formulerades i rapporten, "skattat huvudproblem" särskiljdes först en grupp som omfattade drygt 20 procent som inte ansågs ha problem, alternativt hade "relativt väl definierade diagnoser som psykisk utvecklingsförsening, hjärnskadesyndrom och psykos".⁶⁹ De resterande knappt 80 procenten delades sedan in i grupper utifrån aspekter som intrapsykologiska respektive interpersonella konflikter, en utgångspunkt som signalerade psykodynamisk teori. Intresset riktades nu åt psykiska konflikter som antogs spegla tre olika

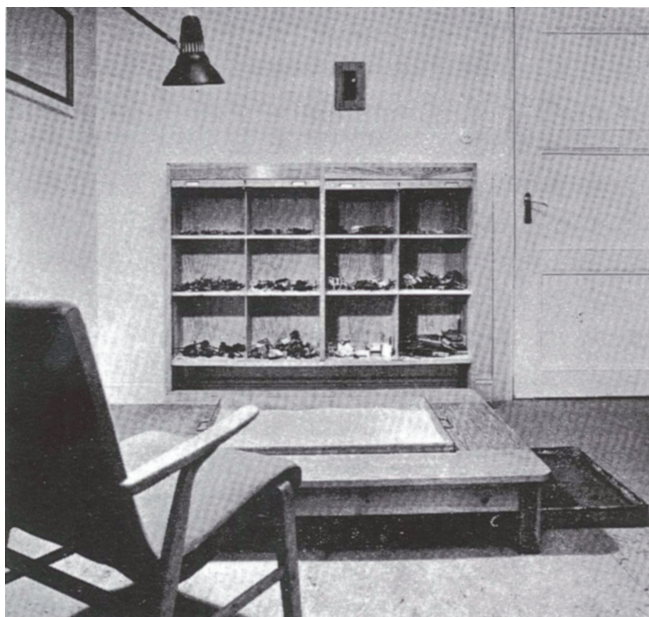
slags tillstånd: karaktärsstörd personlighet, neurotisk personlighet eller en tillfällig kris.

Dessa tre vitt skilda sätt att klassificera barns psykiska problem relaterades inte till varandra utan presenterades var för sig, som om de talade för sig själva. I relation till den kritik mot diagnoser som uttrycks i rapporten framträder en komplicerad bild. Varför denna stora ansträngning att skapa och hitta klassifikationssystem när det samtidigt fanns en kritik mot just diagnostisering generellt? Mot bakgrund av de vardagliga beskrivningar av barns problem som genomgående skymtar fram mellan raderna, med termer som ledsna, arga, ensamma, övergivna, fattiga, chockade barn och ungdomar, liksom barn och ungdomar som stjälar, eldar, skolkar, mobbar och slåss, är det troligt att diagnosystemen fyllde andra syften, såsom gränsdragning mot andra vårdformer och förmedling av värddata.

Samtalsbehandling utan terapeutisk utbildning

Den behandling och de åtgärder som beskrevs i den aktuella rapporten, via en kartläggning av cirka 70 öppenvårdsmottagningar, dominerades av samtal och termen psykologisk behandling användes för att beskriva insatserna inom öppenvården.⁷⁰ Det handlade om samtal i olika former där barnet eller ungdomen stod i centrum, och benämndes "stödkontakt", "jagstödande psykoterapi" och "insiktsterapi med bestämt mål". Familjemedlemmar involverades vid sidan av eller parallellt med insatserna för barn; det senare en behandlingsform där det aktuella barnet och dess föräldrar mötte olika terapeuter i en parallell terapeutisk process. Ericametoden hade nu etablerats i barnpsykiatrisk verksamhet som ett självklart behandlingsalternativ. Vanligt i denna form var att använda sandlådan för de yngre barnen, där barnets lek med ett omfattande lekmaterial i torr och blöt sand utgjorde grunden för både diagnostisering och terapi. Ännu en variant som nämndes som vanligt förekommande var "uppföljande samtal utan definierad metod", vilket jag får anledning att återkomma till senare.⁷¹

Under 1970-talet vidgades också behandlingsområdet med familjeterapi. När familjeterapeutiska modeller för behandling redovisades synliggjordes en mycket stor variation i utgångspunkter. Bland de öppenvårdsmottagningar som kartlades i den aktuella rapporten förekom kommunikationsteoretiska respektive strukturella modeller, följt av psykoanalytiska modeller respektive humanistiskt orienterad "encountermodell". En liten grupp om sex mottagningar (av totalt 70) angav beteendeterapeutisk modell. Till denna mångfald av familjeterapeutiska modeller kom därtill ytterligare en inriktning som benämndes egen eklektisk modell och var relativt vanligt förekommande. Samtidigt, mot bakgrund av att familjeterapeutisk behandling angavs i cirka



Sandlåda och leksaker, ett material som användes både diagnostiskt och terapeutiskt i Ericametoden. Bilden är hämtad ur boken *Ericametoden* av Allis Danielsson (1973).

20 procent av det totala patientmaterialet (en relativt liten del med andra ord) var det en behandlingsinriktning i vardande utan styrande principer.⁷²

Samtidigt bör noteras en stor brist på terapeutisk utbildning. Av de cirka 2 000 individer som år 1975 innehade en tjänst inom barnpsykiatrien bestod drygt hälften av vårdpersonal på de slutna avdelningarna. De övriga tre professionerna läkare, psykologer och kuratorer hade i mycket begränsad omfattning en längre terapeutisk utbildning. Vad som angavs i rapporten var introduktioner till alternativt påbörjade utbildningar i en viss metod. Bilden av ett professionellt område i rörelse är påtaglig, med pågående utbildningsinsatser som präglades av en omfattande bredd vad gäller inriktning; alltifrån psykoanalys, individualterapi, gruppterapi, familjeterapi, miljöterapi, beteendeterapi, suggestionsterapi och hypnos till barnterapi vid Ericastiftelsen. Det var barnterapi liksom gruppterapi och familjeterapi (ospecificerad inriktning) som enligt statistiken var de utbildningar som väckte störst intresse bland alla tre yrkesgrupper.⁷³

Den psykologiska behandlingen hade etablerat sig i den öppna vården, men det fanns en brist på terapeutisk utbildning vilket gav utrymme för eklektiska modeller och behandlingar utan definierad metod. Detta kan ha bäddat för den tilltagande kritik från sociala myndigheter som riktades

mot barnpsykiatrin under senare delen av 1970-talet, i vilken den inte ansågs uppfylla de önskemål och krav som socialvård, skola och barnomsorg uttryckte. Kritiken väckte genklang i socialpolitiska kretsar och en kommitté med namnet "Barn- och ungdomspsykiatri samt Familjerådgivnings-Utredningen" (BFU) tillsattes.⁷⁴ Kommitténs slutbetänkande från 1985 kom sedan att avvisa alla former av kritik och i stället slipades den psykodynamiska behandlingsideologin allt finare, parallellt med att den familjeterapeutiska ansatsen började vinna mark.

Psykisk störning som utgångspunkt för behandling

Ett nyckelbegrepp i den utredning som var resultatet av BFU-kommitténs arbete var "psykisk störning", som definierades på följande sätt:

Psykiska störningar under barn- och ungdomsåren kan på ett övergripande sätt definieras som resultatet av störningar i individens betingelser för personlig mognad och växt. Sådana betingelser kan vara konstitutionella, intrapsykiska eller förankrade i eller utanför familjen. Oavsett betingelsernas objektiva lokalisering – inom eller utanför individen – påverkar de på ett eller annat sätt individens medvetna eller omedvetna psykiska föreställningsvärld. Det är genom denna påverkan de får en störande inverkan på individens utveckling.⁷⁵

Begreppet "störning" definierades i relation till den mognad och växt som individer genomgick, en utveckling vars betingelser kunde störas. I betoningen av den *medvetna eller omedvetna psykiska föreställningsvärlden* framträdde den psykodynamiska grundsynen, inspirerad av de amerikanska psykoanalytikerna Margaret Mahler och Erik Homburger Erikson.⁷⁶ Eriksons bok *Ungdomen och samhället* hade utkommit åtta år tidigare medan Mahlers *Barnets psykiska födelse* vid tiden för utredningen just hade kommit ut på svenska. Båda hade en grund i jag-psykologin, i Mahlers fall i kombination med en amerikansk version av objekt-relationsteori. Ytterligare en referens när behandlingsfrågor togs upp i utredningen var en bok av barnpsykiatern Björn Wrangsjö.⁷⁷ Den teoretiska grunden diskuterades aldrig explicit utan ur ett retoriskt perspektiv användes denna kliniskt orienterade litteratur på ett sätt som gav beskrivningarna av barns utveckling och behov ett sken av självklarhet, som om det var oomtvistade fakta, vilket låter ana en hegemonisk position. Den psykodynamiska teorin intog på så vis en framskjuten plats, med begreppet "psykisk störning" som central utgångspunkt för en presentation av de "störningstillstånd" som utgjorde barnpsykiatrins kompetensområde.⁷⁸

Klassificeringen av "störningstillstånd" tog avstamp i en beskrivning av

grundkategorier av psykiska störningar; tidig störning, neuros och relationsstörning samt organisk hjärnskada. De diagnoser som sedan specificerades mer noggrant var barndomspsykos, primär karaktärsstörning, infantil jagsvagheter, neuros, neurotiska och jagsvaga drag, psykosomatiska störningar, krisreaktioner samt familjestörningar. Den psykodynamiska terminologins hegemoni synliggjordes när den sistnämnda kategorin av ”störningar” togs upp, nämligen ”familjestörningar”. Då klargjordes explicit att psykiska störningar ”kan beskrivas och behandlas utifrån *olika* teoretiska utgångspunkter” (förf. kursivering) och att ett familjedynamiskt synsätt var accepterat inom barnpsykiatri.⁷⁹ Att utredningen i detta sammanhang påtalar att det finns olika teoretiska utgångspunkter synliggör hur tidigare avsnitt där ”psykisk störning” diskuterats inte ramats in som baserade på en specifik teoretisk utgångspunkt utan framställts som en odiskutabel sanning.

Liksom i tidigare sammanhang staplades också i denna utredning olika varianter av diagnostiska klassifikationssystem på varandra. Utöver beskrivningen av olika ”störningsformer” presenterades en indelning baserad på ålder och åldersspecifika problem och en annan utifrån barn med särskild problematik kopplad till familjer och sociala situationer (barn till utvecklingsstörda och missbrukare, multiproblemfamiljer, misshandlade barn, invandrabarn och barn med handikapp och sjukdomar). Dessa skilda klassificeringar och kategoriseringar relaterades inte till varandra, men till skillnad från tidigare rapporter och dokument var den anti-diagnostiska kritiken inte lika framträdande.

Individualisering via psykodynamisk behandlingsideologi

När behandling togs upp i BFU-utredningen från 1985 framhävdes betydelsen av helhetsbedömning – ett multifaktoriellt synsätt på barnet och problemet, liksom det för barnpsykiatrien avgörande tvärprofessionella teamet med läkare, psykolog och kurator. Den huvudsakliga betoningen låg dock på aspekter som rörde barnets relationer till andra, med syftet att förstå barnets psykologiska behov och eventuella bristtillstånd. Utifrån den information som patientsamtalet gav utformades behandling, antingen individinriktad eller familjeinriktad.⁸⁰ Individinriktad behandling beskrevs på följande sätt:

[...] en serie stödsamtal eller av en kontakt med mer pedagogisk inriktning. Ofta krävs psykoterapi, som går ut på att genom bearbetning av djupare liggande konflikter och problem lösgöra positiva krafter, som hjälper individen att utnyttja inneboende resurser. Barn och ungdomar befinner sig i utveckling och terapins syfte blir att underlätta denna utveckling och förhindra att den bromsas eller förvrängs. Behandlingen kan fokuseras på vissa traumatiska

upplevelser, kan vara av mer stödjande karaktär eller syfta till en mer djupgripande förändring av personligheten.⁸¹

När det rörde sig om psykoterapi med barn utnyttjades symboliskt material (sandlådan och leksaker) i syfte att ge barnet möjligheter att med hjälp av terapeuten bearbeta känslomässiga problem medan samtalet stod i fokus för tonåringar, ofta av mer stödjande karaktär. En familjeinriktad väg för behandling beskrevs i mer avvaktande termer, med förbehåll för olikheter ifråga om tid och intensitet, liksom att den omfattade tekniker som krävde en speciell kompetens hos utövarna.

Behandlingsformer under 1980-talet definierades primärt utifrån om en eller flera individer var i fokus – barnet eller familjen – och med samtalet som bas. En klyfta mellan diagnostik och behandling kvarstod genom att psykiatrisk diagnostik inte knöts till behandling utan utgjorde ett eget område. Bedömningen av behandlingsform baserades snarare på det anamnetiska samtalet, då patientens bakgrund och beskrivningar av sitt problem kartlades och där behandlaren utifrån en psykodynamisk synvinkel antogs utforma behandlingen. De sociala, pedagogiska och psykiatriska åtgärderna var nedtonade och var främst synliga inom slutenvården. Behandlingsideologin präglades sålunda av en psykodynamiskt orienterad utvecklingspsykologi vars självklara ställning endast synliggjordes i utmaningen från den framväxande familjeterapeutiska teoribildningen.

Mot bakgrund av vad som skedde på 1960-talet, då den psykiatriska terminologin växt sig starkare inom verksamheten, inte minst för att synliggöra gränser mellan barnpsykiatri och den sociala barnvården, hade läget förändrats under 1970-talet och tidigt 1980-tal. Den psykiatriska diskursen hade alltmer växlats in mot en psykologisk och psykodynamisk diskurs. Radikaliteten från slutet av 1960-talet och rörelsen för en ny psykiatri, med sin anti-diagnostiska hållning, krav på jämlikhet mellan patient och expert samt allmänna samhällskritik, kom därmed lite ironiskt att bana väg för en alltmer individualiserande hållning inom barnpsykiatri under 1970- och 80-talet.

En annan förändring var att föreställningarna om barn som *samhällets barn*, vilka präglade de första utredningarna från 1940- och 50-talet, hade tonats ned. Det var ingen tillfällighet att de två mål som då hade satts upp för den psykiska barnvården, att både förebygga och identifiera/behandla barns psykiska problem, kvarstod i dokumenten från 1980-talet, fast i omvänd ordning. Vid denna tid var det primära målet att identifiera och att behandla individer, medan en mer samhällsorienterad ansats att också förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga hade blivit sekundär. Den optimism och tillförsikt som präglade de tidiga utredningarna, möjligheten att "lägga livet tillrätta" för



Familjeterapi vid BUP i Örebro på 1970-talet. Bilden är arrangerad och ingår i rapporten *50 år 1955–2005. Ett halvt sekel med barn- och ungdomspsykiatri* av Bibbi Sjödin m.fl. (2005).

barn och ungdomar via samhällsåtgärder och att skapa den goda barndomen för så många som möjligt, hade lagt sig. Synen på barn som samhällets barn hade förändrats i riktning mot en syn på barn som var mer individualiserad. Det var ett individperspektiv som också präglades av en barndomsdeterminism – de tidiga åren formade varje individs inre föreställningsvärld och därmed individens fortsatta utveckling.⁸² Synen på barn som egna individer utmanades delvis av familjeterapeutiska behandlingsideologier, där barnet definierades som en del av familjen med en förändringspotential här-och-nu, en inriktning som fortsatte växa under de kommande åren. Det var dock fortfarande barnet som individ som stod i fokus, fast i detta sammanhang format av pågående familjrelationella mönster.

Den här utvecklingen var i linje med den pågående individualisering av barndomen som präglade utvecklingen i Sverige under andra delen av 1900-talet.⁸³ Den ökade synlighet som följde i spåren av en utvidgad skolgång för alla barn innebar också en mer omfattande uppmärksamhet på barn som individer.⁸⁴ Individualiseringen omfattade i detta sammanhang också barn-terapidiskurser och anknyter just därför med stor tydlighet till vad Michel Foucault benämnde ”själveteknologier”, med ett ”bekännande jag” som centralt blickfång.⁸⁵

Avslutande diskussion

Den psykodynamiska teoribildningens position som en dominerande behandlingsideologi i barnpsykiatrisk öppenvård under perioden 1970-talet och framåt var inte bara en följd av skeenden under denna tidsperiod. Analysen av hela den aktuella perioden 1945–1985 pekar på en rad specifika förutsättningar relaterade till verksamhetens utveckling mer generellt, som banade väg för den psykodynamiska teorins hegemoni på behandlingsområdet. Ett första steg var lanseringen av den nya syn på barn som genomsyrade utredningarna från 1940- och 50-talet. Psykoanalytiskt inspirerade teorier om barns psykologiska utveckling bidrog till att forma en syn på barn som emotionella varelser vars relationer till föräldrar och andra vuxna i omgivningen under de tidiga barndomsåren var avgörande för en harmonisk utveckling till välanpassade medborgare med god psykisk hälsa. Denna syn utgjorde viktiga retoriska alternativ till och utmanade tidigare idéer om barn som ociviliserade varelser som måste tämjas med auktoritära fostransmetoder. Den ifrågasatte också såväl inlärningsteoretiska idéer om betydelsen av att skapa goda vanor genom konsekventa förhållningssätt och belöningssystem som närliggande idéformationer som anknöt till biomedicinskt orienterade konstitutionsteorier.

I det nya synsättet framhölls betydelsen av att förstå barns emotionella liv och register, att barns känslor krävde utlopp eftersom det annars fanns risk för inre konflikter och låsningar. Straff och hårda ord som bemötande av känslouttryck skulle enbart förvärra problemet. Den här synen på barn var *i sin tur* knuten till en politisk vision om nationell välfärd och rättvis fördelningsspolitik som en garant för demokrati och skydd mot fascism och förtryck. Fostran handlade om att forma barn och unga till framtidens demokratiska och kritiskt tänkande medborgare. I det sammanhanget tillhandahöll den psykoanalytiska teorin en retorik om människans/barnets frigörelse som överlappade med en politisk retorik om samhällets frigörelse. Kopplingen mellan barns hälsa och samhällets hälsa, och att se barn som *samhällets barn*, var skapad av en terminologi med psykoanalytiska influenser. Den psykoanalytiska teorin kom sålunda att förknippas med en positiv och optimistisk framtidstro, vilket beredde väg för den psykodynamiska modellens framväxt under senare årtionden.

Behandlingsområdet inom barnpsykiatrin var under de första tjugo åren av den studerade perioden relativt outvecklat. Där fanns emellertid redan från början spår av en psykoanalytiskt inspirerad barnpsykoterapi, om än i mycket begränsad omfattning, som etablerades under verksamhetens första årtionden, inte sällan genomförd av barnterapeuter utbildade vid Ericastiftelsen. Även om barnterapeuterna var mycket få till antalet, med begränsade behandlingsinsatser i jämförelse med rådgivning till föräldrar och testning

av barn, så såddes fröet till en behandlingstradition som sedan skulle växa sig allt starkare, dels via den legitimitet som gavs barnterapeuter när den psykiatriska läkarkåren gav sitt klartecken för barnpsykologer att behandla psykiska problem hos barn, dels via den expansion av psykologer som ägde rum under 1960-talet.

Under 1960-talet expanderade som tidigare nämnts barnpsykiatri och man började framhäva ett mångdimensionellt synsätt på problem, inte sällan kombinerat med ett anti-diagnostiskt förhållningssätt. Denna ansats, att framhäva komplexiteten i orsaksbakgrunder när barns och ungas problem skulle definieras och diagnostiseras, kan också sägas ha gynnat en fortsatt utveckling av den psykodynamiska behandlingssideologin. I enlighet med den senare hävdades att *oavsett* om de betingelser som skapat en så kallad psykisk störning var av konstitutionell, interpersonell eller intrapersonell karaktär så var det barns och ungas medvetna eller omedvetna *psykiska föreställningsvärld* som var central i behandlingen. Och eftersom behandlingen rörde den *inre* psykiska världen blev frågan om orsak mindre viktig; den kunde vara social, pedagogisk, fysisk, det avgörande var barnets inre värld. Ett mångdimensionellt synsätt på problem kunde på så vis retoriskt anknytas till en psykodynamisk behandlingssideologi.

Ännu ett steg på vägen till psykodynamisk hegemoni på behandlingsområdet togs på 1960-talet, med den radikala rörelsen för en "ny psykiatri" på vuxenområdet, som förutom en uttalad anti-diagnostisk hållning också fördömda psykodynamisk behandling. Den radikala rörelsen stärkte med andra ord en sedan tidigare utvecklad kritisk syn på diagnoser bland barnpsykiatriker, liksom den redan påbörjade utvecklingen av en psykodynamisk behandlingssideologi i barnpsykiatrisk verksamhet. Detta skedde samtidigt som barnpsykiatri, ironiskt nog, på en policynivå började lämna den radikala retoriken om sin roll i samhället och samhällets ansvar för barn bakom sig. Om de tidiga åren av verksamheten starkt hade betonat bilden av barn som samhällets barn, via kopplingen till emancipatoriskt orienterad psykoanalys, så hade nu denna retoriska koppling mellan barn och samhälle börjat suddas ut. Fram växte i stället en syn på barn som ett individualiserat barn vars inre föreställningsvärld som formats av tidiga relationer i familjen utgjorde fokus för förändring. På så vis hade bilden av barnet alltmer individualiserats, barnet/patienten var en individ som skulle behandlas och bemötas i en behandlingssituation, där leken och samtalet utgjorde primära redskap. De barn och ungdomar som barnpsykiatri behandlade beskrevs alltmer som offer för relationella omständigheter, snarare än som offer för sociala omständigheter.

En rad steg hade alltså berett vägen för den psykodynamiska teoribildningens position som dominerande behandlingssideologi under 1970-talet, vilket också speglades i det sätt på vilket barnpsykiatri under denna period

omprioriterade sina målsättningar. Identifiering och behandling av drabbade barn och familjer hade nu intagit första plats, jämfört med tidigare årtionden, då uppgiften att bidra till samhällsförändring skrevs fram som primärt mål och individuellt orienterat arbete hamnade på andra plats.

Om den psykodynamiska teorin också genomsyrade praktiken är mer tveksamt. Utbildningsnivån bland de professionella grupperna var låg och de hade begränsad professionell psykoterapeutisk kompetens. Utredningstexterna och rapporterna antydde en bredd och variation i hur terapeutiska samtal genomfördes, med stort utrymme för eklektisk hållning och personlig uttolkning. Det var med andra ord en situation med professionell osäkerhet och utrymme för individuella lösningar som kanhända gynnade en ideologisk fastlåsnings. Under slutet av 1970-talet och början av 1980-talet kom den familjeterapeutiska skolan att utvecklas som en alternativ inriktning till den psykodynamiska behandlingstraditionen. Där fanns ett socialt orienterat tänkande, med större betoning på att barns psykiska problem var knutna till ett här-och-nu, en utmaning av den psykodynamiska synens starka betoning på psykiska problem ("störningar") som relaterade till tidig barndom.

Den inledande frågan om den psykodynamiska behandlingsideologins starka position har medfört att barnpsykiatrisk behandling inte granskats i den omfattning som skett på vuxenpsykiatriskt område, eller inom barnpsykiatri i andra länder, kan troligtvis besvaras med ett försiktigt ja. Den psykodynamiska kunskapstraditionen kom att på olika vägar etablera sig som en stark och självklar behandlingsideologi och policy. Samtidigt kvarstår frågan vad som hände efter 1985. Under den period som studerats här var den familjeterapeutiska behandlingsideologin ett alternativ till den psykodynamiska, om än svagt. Denna inriktning skulle växa sig allt starkare och blev ett tydligt behandlingsalternativ efter 1985. Under åren därefter skulle också ännu en utmaning av den psykodynamiska behandlingsideologin dyka upp. Den neuropsykiatriska inriktningen, med dess betoning av psykiatriska diagnoser och mediciner, kombinerat med pedagogiska åtgärder och insatser, skulle utmana både psykodynamisk behandlingsideologi och den socialt orienterade ideologin i familjeterapi. Resultatet av denna utmaning återstår att undersöka. Mot bakgrund av artikelns inledande diskussion om behandlingsmetoders effektivitet och mätbarhet, finns det dock anledning att tro att den psykodynamiska behandlingsideologins starka position på det barnpsykiatriska området kvarstått också på senare år. Om det nödvändigtvis innebär att nya metoder avvisas är inte säkert, utan det handlar kanske snarare om en långsam förändring och integreringsprocess, där allt fler metoder erbjuds parallellt.

Society's children or individuals? Swedish child psychiatry 1945–1985

It was 1945 that saw the first steps towards establishing Swedish child psychiatry as a special welfare initiative for all parents and children as part of the health service and under the aegis of the county councils. This article examines the development of treatment policies and ideology in child psychiatry in the period 1945–85, and more specifically the roles played in this process by psychoanalysis and psychodynamic theory, using a rhetorical analysis of official government reports and policy documents. The focus here is on knowledge and intellectual inspiration in treatment ideologies and policies, including ways of defining problematic children and diagnostic categories.

In the first period, 1945–59, psychoanalytic thinking was bound up with the Social Democrats' vision of welfare and health services, available to all on equal terms, their principal argument being that children's mental well-being was a necessary prerequisite for a democratic society. In this rhetoric, psychoanalytic thinking was an important source of inspiration. In daily child psychiatric practice, however, treatment ideas and policy were few and little elaborated on. The Swedish local authorities' tradition of testing children and guiding parents was adopted by these new services and carried out in a similar way. In the 1960s, when welfare services expanded in general, child psychiatric services grew as well, while treatment was more thought through, and ideologically psychodynamic theories began to gain authority. In the 1970s they gained hegemonic status; admittedly challenged by family therapy theory, but not threatened.

One conclusion drawn is that psychoanalytic ideas were influential in the ideological development of child psychiatric treatment for the whole period of time, initially as a rhetorical resource in a political vision of health and welfare services for all, and later as a significant intellectual source in defining main treatment alternatives, as articulated in psychodynamic theories. As part of this process, images of children were formed and reformed: from the outset they were portrayed as important symbols of society's current status and future, and indirectly as society's children and, at a later stage, construed as individuals whose inner mental world was formed in early childhood relations.

Keywords: history of childhood, child psychiatry, psychiatric treatment ideology, psychoanalytic child therapy

Bilaga 1: Material som analyserats (primärkällor)

Statliga utredningar:

SOU 1944:30. Ungdomskommittén. *Psykisk barna- och ungdomsvård*. Stockholm 1944.

SOU 1957:40. Mentalsjukvårdsdelegationen. *Psykisk barna- och ungdomsvård*. Stockholm 1957.

SOU 1985:14. *Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Slutbetänkande från BFU 1981* (Barn- och ungdomspsykiatri- samt Familjerådgivnings-utredningen). Stockholm 1985.

Riksdagstryck:

Kungl. Maj:ts Proposition. 1945: 211. *Bilaga till riksdagens protokoll, 1 saml. proposition*.

Promemoria. 1959/30 juni. *Ang. organisationen av den psykiska barn- och ungdomsvården*. Stockholm, inrikesdepartementet.

Promemoria. 1968/ Dnr A:2/68. *P.M. med förslag till vårdorganisation för psykiskt sjuka barn och ungdomar m.m.*, Stockholm, Mentalsjukvårdsberedningen.

Rapporter:

Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige, Socialstyrelsen redovisar, 2, Stockholm 1980.

Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. Rapport från expertgrupper, Socialstyrelsen, Stockholm 1973.

Övrigt:

Normalinstruktion för verksamheten inom den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvården (23 feb 1962), Samling av författningar och cirkulär mm, Medicinalväsendet i Sverige, 4, 1962.

Mål och handlingsprogram för PBU-verksamheten, Stockholms läns landsting, Sociala nämnden, 1982.

Noter

- 1 Barnpsykiatri används fortsättningsvis som en förkortning av barn- och ungdomspsykiatri.
- 2 SBU 2004, *Behandling av depressionsjukdomar, volym 3. En systematisk litteraturoversikt*, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 166/3, Stockholm 2004, s. 39–40.
- 3 Se t ex Eugene Levitt, "The results of psychotherapy with children. An evaluation", *Journal of Consulting Psychology* 1957:21(3), s. 189–196.
- 4 Elizabeth Rous & Andrew Clark, "Child psychoanalytic psychotherapy in the UK National Health Service. An historical analysis", *History of Psychiatry* 2009:20(4), s. 442–456.
- 5 Ulf Jönsson, *Bråkiga, lösaktiga och nagelbitande barn. Om barn och barnproblem vid en rådgivningsbyrå i Stockholm 1933–1950* (diss.), Linköping 1997.
- 6 Harry Hendrick, *Children, Childhood and English Society 1880–1990*, Cambridge 1997; Margo Horn, 'Before It's Too Late.' *The Child Guidance Movement in the United States, 1922–1945*, Philadelphia 1989; Kathleen Jones, *Taming the Troublesome Child. American Families, Child Guidance, and the Limits of Psychiatric Authorities*, Cambridge, Mass. 1999; Kari Ludvigsen, "The 'psy-experts' and the minds of children. Transfer of knowledge in inter-war Norway and Sweden" i *In Experts We Trust. Knowledge, Politics and Bureaucracy in Nordic Welfare States*, Åsa Lundqvist & Klaus Petersen (red.), Odense 2010, s. 181–212; Kari Ludvigsen & Åsmund Seip, "The establishing of Norwegian child psychiatry. Ideas, pioneers and institutions", *History of Psychiatry* 2009:20(5), s. 5–26; William Parry-Jones, "Annotation. The history of child and adolescent psychiatry. Its present day relevance", *Journal of Child Psychiatry* 1989:30(1), s. 3–11; Theresa Richardson, *The Century of the Child. The Mental Hygiene Movement & Social Policy in the United States & Canada*, New York 1989; Alice Smuts, *Science in the Service of Children, 1893–1935*, New Haven, CT 2006; John Stewart, "Child guidance in interwar Scotland. International influences and domestic concerns", *Bulletin of the History of Medicine*

- 2006:80, s. 513–539; John Stewart, "The scientific claims of British child guidance, 1918–1945", *British Journal for the History of Science* 2009:42(3), s. 407–432; Deborah Thom, "Wishes, anxieties, play, and gestures" i *In the Name of the Child. Health and Welfare, 1880–1940*, Roger Cooter (red.), London 1992, s. 200–219; Andre Turmel, *A Historical Sociology of Childhood. Developmental Thinking, Categorization, and Graphic Visualization*, Cambridge 2008.
- 7 Per Magnus Johansson, *Freuds psykoanalys. Arvtagare i Sverige del 2*, Göteborg 2002; Suzanne Gieser, *Psykoaterapins pionjärer i Sverige*, Stockholm 2009; Franz Luttenberger, *Freud i Sverige. Psykoanalysens mottagande i svensk medicin och idédebatt 1900–1924*, Stockholm 1989; Roger Qvarsell, "Från vanart till psykopati. Om barnpsykiatrins framväxt i Sverige under mellankrigstiden", *Lychnos* 1985; Roger Qvarsell, "Brustna sinnen. Om barnpsykiatrins och barnpsykoaterapins idéhistoria" i "Skall jag taga vara på min broder? Tofo artiklar om världens omsorgens och det sociala arbetets idéhistoria", Umeå 1993; Jönsson 1997; Åsa Bergenheim, *Barnet, libido och samhället. Om den svenska diskursen om sexualitet 1930–1960* (diss.), Umeå 1994.
- 8 Åsa Bergenheim, "Erica-stiftelsen – hur det fortsatte", *Psykisk hälsa* 1990:31(4), s. 256–277; Karin Zetterqvist Nelson, "The sandtray technique for Swedish children 1945–1960. Diagnostics, psychotherapy and processes of individualization", *Paedagogica Historica* 2011:47(6), s. 825–840.
- 9 Mats Börjesson & Eva Palmblad, *I problembarnens tid. Förnuftets moraliska ordning*, Stockholm 2003; Margareta Brandell-Forsberg, *Barnpsykiatri i tiden. Den värmländska barn- och ungdomspsykiatrins historia*, Landstinget i Värmland, Karlstad 1996; Karl-Henric Karlén, *Barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige. Dess historia, problem och patienter* (diss.), Uppsala 1985; Mårten Tyrberg, *Emancipation och begränsning – konstruktioner av barn och barndom i barn- och ungdomspsykiatriska policydokument 1944–2000* (examensarbete), Linköping 2008.
- 10 Kallas fortsättningsvis psykisk barnavård.
- 11 Se bilaga 1.
- 12 En fjärde större utredning om barnpsykiatrin lades fram 1998, SOU 1998:31, *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén*. För en analys av delar av den utredningen, se Karin Zetterqvist Nelson, "Debattem om bokstavsdiagnoser – en kamp om politiskt inflytande" i *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*, Bengt Sandin & Gunilla Halldén (red.), Stockholm 2003, s. 101–137.
- 13 Judith Sealander, "The history of childhood policy. A Phillipic's wish list", *Journal of Policy History* 2004:16(2), s. 175–187.
- 14 Se t ex *In Experts We Trust. Knowledge, Politics and Bureaucracy in Nordic Welfare States*, Åsa Lundqvist & Klaus Petersen (red.), Odense 2010; Eva M. Rigné, *Profession, Science and State. Psychology in Sweden 1968–1990* (diss.), Göteborg 2002; Zetterqvist Nelson 2003; Karin Zetterqvist Nelson & Bengt Sandin, "Politics of reading and writing problems. Changing definitions in Swedish schooling during the 20th century", *History of Education* 2006:34(2), s. 189–205.
- 15 Göran Bergström & Kristina Boréus, "Idé och ideologianalys" i *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*, Göran Bergström & Kristina Boréus (red.), Lund 2005, s. 149–179.
- 16 Bengt Erik Eriksson, "Behövs psykologer? Psykologins plats i den psykiatriska vården" i *Psykiatrins marginaler. Gestalter, positioner, debatter*, Roger Qvarsell & Bengt Erik Eriksson (red.), Linköping 1997, s. 163–180.
- 17 Kungl. Maj:ts Proposition 1945:211, *Bihang till riksdagens protokoll, 1 saml. proposition*.
- 18 SOU 1944:30, Ungdomskommittén, *Psykisk barna- och ungdomsvård*, Stockholm 1944.
- 19 SOU 1951:41, Ungdomskommitténs slutbetänkande, *Ungdomen möter samhället*, Stockholm 1951.
- 20 SOU 1944:30, s. 11–12.

- 21 SOU 1944:30, s. 121–128.
- 22 Anders Berge, *Sjukvårdens underklass. Sjukvården i den kommunala fattigvården 1910–1950*, Umeå 2007.
- 23 SOU 1944:30, s. 21.
- 24 SOU 1944:30, s. 22.
- 25 Se exempelvis Jonas Qyarsebo, *Skolbarnets fostran. Enhetsskolan, agan och politiken om barnet 1946–1962* (diss.), Linköping 2006.
- 26 SOU 1944:30, s. 22–23.
- 27 SOU 1944:30, s. 22.
- 28 SOU 1944:30, Bilaga A och B, s. 178–271.
- 29 SOU 1944:30, s. 38.
- 30 Kjersti Ericsson, *Samfunnets stebarn*, Oslo 2009.
- 31 Jönsson 1997.
- 32 SOU 1944:30, s. 69–73.
- 33 Bergenheim 1990.
- 34 Zetterqvist Nelson 2011.
- 35 Se t ex Allis Danielson, *Att bygga sin värld. Handbok i Ericametoden*, Stockholm 1963/1973; Gösta Harding, *Leken som avslöjar. Orientering i lekdiagnostik*, Stockholm 1965.
- 36 Britta Blomberg & Anita Dahlgren, *Utbildning till barnpsykoterapeut vid Ericastiftelsen 1948–1955*, Ericastiftelsen, Stockholm 1992.
- 37 SOU 1957:40, Mentalsjukvårdsdelegationen, *Psykisk barn- och ungdomsvård*, Stockholm 1957.
- 38 SOU 1957:40, s. 29.
- 39 SOU 1957:40, s. 183.
- 40 SOU 1957:40, s. 119.
- 41 Karin Zetterqvist Nelson, ”Under den aggressiva och kontakto villiga ytan...” i *Historien, barnen och barndomarna. Vad är problemet? En vänbok till Bengt Sandin*, Judith Lind, Cecilia Lindgren, Mats Sjöberg & Karin Zetterqvist Nelson (red.), Linköping 2009.
- 42 SOU 1957:40, s. 22–26.
- 43 Den engelska termen exemplifierades sedan med en rad andra termer, som t.ex. narcissistiska karaktärer och antisociala karaktärer. Man ville undvika uttrycket psykopati som ”så ofta missbrukats i allmänt fördömande syfte, att man undviker det inom barnpsykiatri”. SOU 1957:40, s. 26.
- 44 Promemoria (30/6 1959), *Ang. organisationen av den psykiska barn- och ungdomsvården*, inrikesdepartementet, Stockholm 1959.
- 45 *Normalinstruktion för verksamheten inom den statsunderstödda psykiska barn- och ungdomsvården* (23/2 1962), Samling av författningar och cirkulär mm, Medicinalväsendet i Sverige, 4, Stockholm 1962.
- 46 Promemoria. 1968/ Dnr A:2/68. *P.M. med förslag till vårdorganisation för psykiskt sjuka barn och ungdomar m. m.*, Stockholm, Mentalsjukvårdsberedningen, s. 28.
- 47 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 28–36.
- 48 Texten saknar författare men referens görs till en icke publicerad text av barnpsykiatern Anders Torold, vars kritik av psykiatrisk verksamhet skulle bli välkänd de kommande åren, se t ex Anders Torold, ”Mot en kritisk psykiatri – vetenskapsteori, människosyn, samhällssyn”, *Psykisk hälsa* 1976:17(4), s. 238–269.
- 49 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 36.
- 50 Etiologi syftar i medicinska sammanhang på bakomliggande orsaker till sjukdomar.
- 51 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 37.
- 52 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 38–44.
- 53 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 45.

- 54 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 45.
- 55 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 45.
- 56 Se t ex Paul Roazen, "Erik H Erikson's America: The political implication of Ego Psychology", *Journal of the History of Behavioral Sciences* 1980:16(4), s. 333–341.
- 57 Se t ex Inga Sylvander, "Beskrivning av en jagstödande psykoterapi", *Nordisk Psykologi* 1962:14(3), s. 109–167; Inga Sylvander, *Barnpsykoterapi*, Stockholm 1972.
- 58 Promemoria, Mentalsjukvårdsberedningen, 1968, s. 49.
- 59 Se t ex Anna Ohlsson, *Myt och manipulation. Radikal psykiatrikritik i svensk offentlig idédebatt 1968–1973* (diss.), Stockholm 2008.
- 60 *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. Rapport från expertgrupper*, Socialstyrelsen, Stockholm 1973, s. 73–74.
- 61 *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*, s. 73–74.
- 62 *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*, s. 73–74.
- 63 *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*, s. 73–74.
- 64 *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*, s. 70.
- 65 Johan Cullberg, "Psykiatri, manipulation och människosyn" i *Modern svensk psykoterapi. En antologi från Psykoterapicentrum*, Anders Öfwerström & Bernt Rosengren (red.), Stockholm 1971.
- 66 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige*, Socialstyrelsen redovisar, 2, Stockholm 1980.
- 67 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige*, s. 80.
- 68 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige*, s. 80–92.
- 69 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige*, s. 85.
- 70 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige*, s. 44–46 och 51–54.
- 71 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige* s. 52.
- 72 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige* s. 103–104.
- 73 *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige*, s. 112–114.
- 74 SOU 1985:14, *Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Slutbetänkande från BFU 1981* (Barn- och ungdomspsykiatri- samt Familjerådgivnings-utredningen), Stockholm 1985.
- 75 SOU 1985:14, s. 57. Avsnittet anges vara inspirerat av rapporten *Mål och handlingsprogram för PBU-verksamheten*, Stockholms läns landsting, Sociala nämnden, 1982.
- 76 SOU 1985:14, s. 29.
- 77 Björn Wrangsjö, *Teorier och synsätt i psykiatrisk-psykologisk verksamhet*, Stockholm 1984.
- 78 SOU 1985:14, s. 57–63.
- 79 SOU 1985:14, s. 63.
- 80 SOU 1985:14, s. 65–66.
- 81 SOU 1985:14, s. 66.
- 82 Se också Rigné 2002.
- 83 Se bilaga 1.
- 84 Bengt Sandin, "Barndomens omvandling – från särart till likhet" i *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*, Bengt Sandin & Gunilla Halldén (red.), Stockholm 2003, s. 221–240; Bengt Sandin, "Children and the Swedish welfare state. From different to similar" i *Reinventing Childhood After World War II*, Paula Fass & Michael Grossberg (red.), University of Pennsylvania Press 2011, s. 110–138; Zetterqvist Nelson 2011.
- 85 Michel Foucault, "Technologies of the Self" i *Technologies of The Self. A Seminar with Michel Foucault*, Luther H. Martin, Huck Gutman & Patrick H. Hutton (red.), London 1988, s. 16–49, 19; Nikolas Rose, "Engineering the human soul. Analysing psychological expertise", *Science in Context* 1992:5(2), s. 363–364.