



Beteende eller sinnessjukdom?

Psykiatri och behandling vid Mariebergs sjukhus mellan 1930-1950

Behaviour or mental decease?

Psychiatry and treatment at Mariebergs hospital between 1930-1950

Niklas Ahlström

Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap

Historia III, fristående kurs 30 hp

C-uppsats 15 hp

Examinator: Anders Forsell

HT-14

Abstract

This paper is interested in Swedish psychiatry during the period between 1930-1950, localized to Mariebergs hospital in Sweden. The purpose of this paper has been to test Sjöstroms evidence of the pattern that he used to create three analytical concepts, roughly translated to; *morally educative discipline-treatment*, *the production process* and *the ideal institution citizen*. Sjöström motivates that his concepts gives insight into one aspect of the psychiatric expansion between 1860-1960 as well as creates an understanding of psychiatry as an institution. The source material for this paper has been patients' medical notes written by the chief physician of the institution. Via a method which mainly different from Sjöstrom in its selection, categorization and more thorough presentation, this paper has seen the same patterns which Sjöström has created his three concepts from. The ideal institution citizen, defined by its well behaved and calm behaviour emerges also in this papers quantitative compilation of qualitative data as the clear majority. The morally educative discipline-treatment, treatments and punishments that focuses on creating an acceptable behaviour rather than the treatment of insanity itself, can be seen in the adjective behavioural descriptions of the type well-behaved / badly-behaved which are dominant. The focus in the journals is behaviour rather than mental decease symptoms such as hallucinations and treatment is based on unaccepted behaviour rather than symptoms. Also, the sequential order that exists between badly-behaved behaviour and treatments, and well-behaved behaviour and rewards shows the focus on behaviour which the concept is based on. The previous two results together is the two parts of Sjöströms production process, that trough the morally educative discipline-treatment the institution creates an acceptable, quiet and well behaved ideal institution citizen were the mental decease becomes secondary.

Keyword: mental decease, mental hospital, psychiatry, Sjöström, Foucault

Sammanfattning

Denna uppsats intresserar sig för svensk psykiatri under perioden 1930-1950, lokaliserat till Mariebergs sjukhus. Syftet med uppsatsen har varit att testa Sjöströms historiska belägg som utgjort grunden för skapandet av de analytiska begreppen *moraliskt fostrande disciplinering*, *produktionsprocessen* och *den skötsamme institutionsmedborgaren*. Sjöström motiverar att hans analysbegrepp beskriver en förutsättning för psykiatrins expansion mellan 1860-1960 samt skapar en förståelse för psykiatrin som institution. Det använda källmaterialet är patienters journalanteckningar skrivna av överläkaren. Genom en metod som främst skiljer sig från Sjöström i sitt urval, kategorisering och presentation uppvisar denna uppsats resultat mönster som liknar dem som Sjöström format sina begrepp utifrån. Den skötsamma och lugna institutionsmedborgaren framkommer även i denna uppsats kvantitativa sammanställning av kvalitativ-data, i tydlig majoritet. Den moraliskt fostrande disciplineringen, behandlingar och straff som inriktar sig på att skapa ett acceptabelt beteende snarare än behandling av sinnessjukdomen i sig, motiveras ses i de adjektiva beteendebeskrivningarna av typen skötsam/oskötsam. Fokus i journalhandlingarna är alltså patienters beteende snarare än hallucinationer eller andra symtom. Behandlingar har också sin bas i oacceptabelt beteende snarare än symtomen. Också den följdordning som kan ses mellan oskötsamt beteende och behandlingar samt skötsamt beteende och belöningar motiveras också visa fokuseringen på beteende och uppförande som begreppet vilar på. De tidigare två resultaten bildar grunden för den produktionsprocess som Sjöström menar är central för att förstå sinnessjukvården. Att genom moraliskt fostrande disciplinering skapas ett acceptabelt, lugnt och skötsamt beteende hos en skötsam institutionsmedborgare där sinnessjukdomen blir sekundär till beteendet.

Nyckelord: sinnessjukdom, sinnessjukhus, psykiatri, Sjöström, Foucault

Innehållsförteckning

1. Problemområde och syfte	1
1.1 Problemformulering och bakgrund	1
1.2 Motivering och avgränsning	3
1.3 Syfte och frågeställningar	4
2. Forskningsöversikt.....	5
2.1 Psykiatri som forskningsområde	5
2.3 Sinnessjukdomens förklaringsmodeller och idévärld	5
2.4 Behandlingar och det institutionella livet	10
3. Begreppsdefinition.....	13
3.1 Sjöström och relationen till psykiatri som studieobjekt	13
3.2 Sjöströms belägg och begreppsbildning	13
4. Metod.....	15
4.1 Den skötsamme institutionsmedborgaren	16
4.1.1 Urval och avgränsning av tidsperiod	17
4.1.2 Sinnesstämningens idealtyper	19
4.1.2.1 Den skötsamma idealgruppen	20
4.1.2.2 Den oskötsamma idealgruppen.....	20
4.1.2.3 Den varierande idealgruppen	21
4.1.3 Kvalitativ analys av patienternas sinnesstämning och kvantitativ frekvensfördelning	22
4.2 Produktionsprocessen och den moraliskt fostrande disciplineringen.	22
4.2.1 Avgränsning och urval	23
4.2.2 Operationalisering av moraliskt fostrande disciplinering och produktionsprocessen.....	24
5. Resultat och analys	24
5.1 Den skötsamme institutionsmedborgaren	24
5.2 Produktionsprocessen och den moraliskt fostrande disciplineringen.	26
6. Sammanfattande diskussion och slutsatser	32
7. Vidare forskning	33
8. Material.....	35
9. Referenser.....	35

1. Problemområde och syfte

1.1 Problemformulering och bakgrund

Problemformuleringen för denna uppsats bygger i mångt och mycket på en tidigare uppsats jag skrev våren 2014 som baserade sig på en kvalitativ och kvantitativ analys av patientjournaler från Backa vårdanstalts sinnessjukavdelning mellan åren 1936-1944. Uppsatsens titel blev *Beteendets hegemoni*, inspirerat av det nästan exklusiva fokus på beteende som stod att finna i journalerna. Det var endast negativt utåtriktad beteende som innebar en förändring av behandling, då främst lugnande medel, samtidigt som det också enbart var patientens beteende som beskrevs vid dessa tillfällen. Psykiatriska diagnoser existerar men i de fortlöpande journalanteckningarna är detta av sekundär relevans då det verkar som det är avvikande beteende som skall botas och inte sinnessjukdom i ett nutida psykologiskt avseende.¹ Den teoretiska bas som den tidigare uppsatsen bygger på är en central psykiatrisk idéhistorieforskare, Roger Qvarsell. Qvarsell beskriver den psykiatriska vetenskapens omvandling under början av 1900-talet där behandlingsformer och idévärld är centrala delar. Det är en historia om hur en ny, svag vetenskap omvandlas till stark och inflytelserik.²

En författare som också var central för min tidigare uppsats var Sjöström som intresserar sig för att förklara förutsättningarna för den moderna svenska psykvårdens expansion (och andra västländers) från mitten av 1800-talet och ett århundrade framåt. Sjöström använder begreppet *den skötsamme institutionsmedborgaren* som han menar är en förutsättning för expansionen och som är en produkt av psykiatrins oförmåga att åtgärda det problem som man säger sig medicinskt kunna bota.³ Den av Qvarsell beskrivna framväxande medicinska moderna psykiatrin tar hand om de egendomliga, som enligt Sjöström disciplineras i en närmare ändlös behandlingsprocess inom murarna:

Det moderna samhället löser emellertid problemet ”galenskap” genom att sända det i asyl. På avskilda platser behandlas de galna med moralisk behandling. Denna behandling erkänns emellertid inte som ”moralisk” utan ses som medicinskt motiverad, vilket leder till det paradoxala resultatet att *via en moralisk karriär produceras skötsamma institutionsmedborgare*⁴

¹ Ahlström, Niklas (2014) *En analys om behandlingar, diagnoser och synen på sinnessjukdom vid Backa vårdanstalts sinnessjukavdelning i Nyeds kommun mellan 1936-1944 ...* Karlstads universitet, B-nivå

² Qvarsell, Roger (1981). *Två uppsatser om psykiatrins historia ...* Umeå: Institutionen för idéhistoria, Umeå universitet

³ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt.* Lunds Universitet

⁴ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt.* Lunds Universitet s. 250

Denna process som leder till långa vårdtider och en närmast omöjlig friskförklaring utifrån den medicinska psykiatriska diagnosen och förklarar enligt honom en av förutsättningarna för psykiatrins expansion.

Också Eivergård intresserar sig för denna period lyfter i sin egen inledning fram ett citat från Bror Gadelius, en av förgrundsgestalterna inom svensk sinnessjukvård under 1900-talet:

Då det gäller att bedöma om en person är själfrisk eller sinnessjuk, måste man göra gällande en praktisk måttstock, och den norm man har att hålla sig till, är vederbörandes handlingar och uppförande. En person kan i vissa avseenden förete abnorma egenheter, lida av tvångsföreställningar, hypokondriska idéer, sjukliga inbillningar av olika slag, utan att man har rätt att kalla honom sinnessjuk, alldenstund dessa föreställningar idéer och inbillningar ej påverka hans handlingar och uppförande på något anmärkningsvärt, praktiskt störande sätt, och ej heller hindra honom att utöva sitt yrke, tjäna sitt uppehälle, fylla sin plats i samhället o.s.v.⁵

Detta citat är centralt för att förstå sinnessjukdomsbegreppet vid denna tid, det är inte den egna individens upplevelser som avgör sinnessjukdom utan det är störande eller annan problematisk avvikelser från det normala enligt omgivningen som är definitionen.

Det problem som jag tillslut intresserar mig för har utgångspunkt i Sjöströms resonemang och begreppsbyggnad om disciplinerande moralisk fostran och den produktionsprocess som skapar en skötsam institutionsmedborgare, vilket kommer utvecklas senare i begreppsformuleringen. Avsikten är att empiriskt pröva de belägg som Sjöström bygger sina begrepp på i ett annat källmaterial. Samtidigt motiveras syftet av den metodproblematik som jag upplever hos Sjöström, då främst rörande det mönster av lugna och skötsamma patienter som han baserar sin begreppsbyggnad på. Undersökningen baseras på specifik tidpunkt vid St: Marias sjukhus, september 1928 där det görs en generell översikt över patienternas sinnessämning. Majoriteten (86 av 120) av patienterna tolkades av Sjöström som lugna och skötsamma. Problemet med undersökningen är att det dels ges för få konkreta exempel på hur tolkningen gjorts, samtidigt som jag ifrågasätter om ett så tidsspecifikt resultat kan användas som belägg för en så generaliserande analys över tid och patienter som Sjöström gör. Kort sammanfattad avser denna uppsats empiriskt pröva de belägg som ligger till grund för Sjöströms begreppsbyggnad genom en förändrad metod samt mer tydligt konkretisering av tolkningsprocessen.

⁵ Eivergård, Mikael (2003). *Frihetens milda disciplin: normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Diss. Umeå : Univ. 2003 s. 12

1.2 Motivering och avgränsning

En grundläggande motivering till den utvalda perioden är den kraftiga expansion som äger rum inom psykiatrin i Sverige under denna tid. Qvarsell konstaterar att det vid sekelskiftet 1900 finns 4 602 aktiva hospital som vid år 1940 hade expanderat till 26 105 st.⁶ Sjöström presenterar att år 1860 var 25 av 100 000 invånare institutionaliserade, år 1960 var samma siffra 450.⁷

Förutom den rena kvantitativa ökningen så ingår också tidsavgränsningen i den period som flertalet forskare, bl.a. Flygare, pekar ut som den tidsperiod som bryter mot den psykiatriska (1800-) tidens tankefigurer. Den helhetsyn med känsloliv som orsak för sinnessjukdomar tillsammans med en rehabiliteringssyn som utgick ifrån att förhindra skadliga känslor genom vila och strukturerade aktiviteter, ett strukturerat liv skulle skapa ett strukturellt inre liv, är inte alls lika tydlig under psykiatrins framväxt 1860-1960. Flygare för precis som Eivergård, Ahlbeck-Rehn m.fl.⁸ ett resonemang som liknar Sjöströms teoribildning, och antyder att detta är en produkt av den nu medicin-biologiska professionella läkarkåren. Under denna era medikaliseras mental ohälsa, de emotionella orsaksfaktorerna försvann eller omdefinierades för att passa in i en medicinsk begreppsapparat, patienten blev passiv och skulle sköta sin medicinering samt lyda regler och tillrättavisningar. Således blir också motiveringen och avgränsningen till perioden 1930-1950 baserat på dessa tankar som existerar inom forskningsläget, att den institutionskultur som växer fram under 100 år vid tiden för psykiatrins expansion är en produkt av medicinvetenskapens inverkan på läkarna inom psykiatrin.⁹

Tidsperioden innefattar samtidigt den typ av psykiatri som den anti-psykiatriska rörelsen efter 1960- motsatt sig. Rörelsen kritiserade främst den biologiska och somatiska fokuseringen och den mekaniskt materialistiska människosynen:

Psykiatrin kritiserades för sin funktion som väktare av samhällets normalitetsgränser, kort sagt för att medikalisera sociala problem. Farmakologiska interventioner under omhändertagande former medför lätt att patienter utvecklar en 'inlärld hjälplöshet' och ett beroendeförhållande till institutionen¹⁰

⁶ Qvarsell, Roger (1981). *Två uppsatser om psykiatrins historia ...* Umeå: Institutionen för idéhistoria, Umeå universitet

⁷ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Lunds Universitet s. 17

⁸ Framkommer i forskningsöversikten

⁹ Flygare, Erik (1999). *Den psykiatriska problematiken och den problematiska psykiatrin*. Stockholm/Stehag: Symposion s. 279-281

Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Lunds Universitet

¹⁰ Flygare, Erik (1999). *Den psykiatriska problematiken och den problematiska psykiatrin*. Stockholm/Stehag: Symposion s. 13

Denna rörelse menar Flygare haft stort inflytande på den avinstitutionalisering och humanisering vi ser i Sverige efter 1960, och de försök som görs för att återinföra helhetsperspektivet och rehabilitering som existerat inom den pre-psykiatriska vården. Det skall dock poängteras att både Flygare och Sjöström är skeptiska till omvandlingen i sig men detta faller utanför min utvalda tidperiod.

En annan avgränsning motiveras av Engvall som intresserar sig för kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning över tid, men också begreppets moraliska och disciplinerade koppling till samhället. Exempelvis i USA och andra länder existerar samtidigt under 1800-talet också begreppet "moral imbeciles" som inte, som den svenska definitionen, kräver en intelligensdefekt för att innefattas av samhällets omsorg och intresse, utan enbart moralavvikande inställning till det. I Sverige under den utvalda tidsperioden så förekommer de sinnesslöa, individer med intellektuell funktionsnedsättning, ibland på sinnessjukhusen men avskiljs då tydligt från de "normala" sinnessjuka och närmas något annorlunda av läkarna. Eftersom denna uppsats explicit intresserar sig för sinnessjukdom så kommer därför inte dessa beröras, även om de sinnesslöas och imbecillas historia är minst lika intressant.¹¹

Denna empiriska undersökning bygger också på en tidigare uppsats av undertecknad och motiveras inledningsvis också av mitt intresse för ämnesområdet i ett historiskt perspektiv. Valet att empiriskt pröva Sjöströms begreppsbildning motiverar jag också anknyter till forskningsområdet på ett tydligare sätt än min egen begreppsbildning från tidigare. Motiveringen till den svenska lokaliseringen hänger samman med Sjöströms nationella fokus och ett tillgängligt och utförligt källmaterial vid Mariebergs sjukhus. Det är den svenska psykvården som är fokus, även fast generella trender och nationella verk inom området kommer att tas upp i forskningsläget och kan komma att refereras till i diskussion och slutsatser. Jag intresserar mig empiriskt enbart av den vardagligt praktiska nivån så som detta framkommer i läkarnas journalanteckningar om patienterna.

1.3 Syfte och frågeställningar

Avsikten är att empiriskt testa de belägg som Sjöström använder för att skapa sina analytiska begrepp. Detta görs genom att konkretisera de belägg som Sjöström bygger sina analytiska begrepp av. Dessa specificeras i metod- och begreppsdefinitionen.

De frågeställningar som bör besvaras för att uppnå detta syfte är följande:

¹¹ Engvall, Kristina (2000). "Asociala och imbecilla" – Kvinnorna på Västra Mark 1931-1967. Örebro Universitet.

1. Kan en tolkning av journalhandlingarna på Mariebergs sjukhus under perioden 1930-1950 motiveras visa det mönster som Sjöström analyserar som *moraliskt fostrande disciplinering*, drivkraften i *produktionsprocessen*?
2. Kan en tolkning av journalhandlingarna på Mariebergs sjukhus under perioden 1930-1950 motiveras visa det mönster som Sjöström analyserar som *den skötsamme institutionsmedborgaren*?

2. Forskningsöversikt

2.1 Psykiatri som forskningsområde

En tydlig brytpunkt inom psykiatri som forskningsområde är den som sker i och med främst Foucaults intåg under tidigt 1960-tal. Det tidigare pre-revisionistiska perspektivet beskrivs av Beveridge som:

Until recent decades, the history of psychiatry was written mainly by psychiatrists. The tale they told was of benign progress: psychiatry was becoming progressively more humane as clinicians developed more and more effective treatments. This type of approach tended to adopt the 'Great Man' theory of history. Changes were seen as being brought about by the actions of eminent individuals and the wider social, cultural and political context was ignored. This kind of history was seen by non-medical people as complacent, self-congratulatory and serving to legitimise psychiatry's present.¹²

Det finns således en uppdelning mellan historikers psykiatriforskning och psykiatrikers och psykologers psykiatriforskning. Det bör dock poängteras att denna uppsats exklusivt har sin teoretiska grund utifrån det revisionistiska sociologiska historieperspektivet och inte närmar sig den psykologiska och psykiatriska sidan av forskningsområdet.

2.3 Sinnessjukdomens förklaringsmodeller och idévärld

För att förstå det revisionistiska forskningsperspektivet inom psykiatri som område bör man förstå det historiesociologiska perspektivet som dominerar inom detta.¹³ Sinnessjukdomens skiftande form över tid ses som en produkt av olika strukturella förändringar. Beroende på sammanhang och tidsperiod existerar skilda förklaringsmodeller och idévärldar, och således existerar det också olika syn på sinnessjukdom, galenskap eller vansinne med egen syn på botande. Foucaults sociologiska syn på galenskapen som studieobjekt fångas tydligt i följande citat:

When comparing the conceptions of madness prevailing in different civilizations, Foucault realised that there could be a history of madness itself, in other words that it was a 'phenomena of civilization, as

¹² Beveridge, A. *The history of psychiatry: personal reflections*. J R Coll Physicians Edinb 2014; 44:78–84 s. 2

¹³ I stort sett samtlig litteratur som jag använt mig har detta perspektiv, i vilket botningsproblematiken som existerat inom psykiatri sen dess födelse runt 1800 lyfts fram som centralt för förståelse av institutionen.

variable as floating as any other phenomena of culture' and, as a consequence, 'that curing the mad is not the only reaction to the phenomenon of madness'. There is a moment in history when madness started to be perceived as a disease, as an object of scientific inquiry...¹⁴

Foucault lyfter fram tre stadier av denna förändring, den under renässansen, den under den klassiska eran under 1700-1800-talet, samt slutligen framväxten av "*the modern experience of madness*"¹⁵ under slutet av 1800-talet som Sjöströms mening "*Dåren blir botbar och patient*"¹⁶ tydligt fångar. Det är den period där sinnessjukdomen blir just en sjukdom men samtidigt också ett hot mot rationaliteten i sin representation av irrationaliteten. Den moderna upplevelsen av galenskapen är i sig uppdelad i tre förändringspunkter där vi intresserar oss främst för den sista, där de psykiatriska hospitalen och klinikerna framträder och den medicinska psykiatrin har gjort galenskapen till sitt exklusiva uppdrag genom den rationella vetenskapen:

The lunatic asylum or psychiatric hospital is the result of synthesis between the newly perceived need to cure the mad whom their family cannot afford to treat at home and the old need to protect society.¹⁷

Enligt Foucault blir psykiatrin samtidigt verktyget som avskiljer de icke önskvärda från samhället, en struktur som existerar som grundform men förändrar sig i sitt uttryck. Begreppet pariaklass används för att specificera dessa individer, de som skall avskiljas och identifieras dessa under perioden 1000-1600 för de leprasjuka. När dessa försvinner under 1500-talet försvinner pariaklassen men strukturerna existerar och tar en ny form:

Leprosy disappeared, the leper vanished, or almost, from memory; these structures remained. Often, in these same places, the formulas of exclusion would be repeated, strangely similar two or three centuries later. Poor vagabonds, criminals, and 'deranged minds' would take the part played by the leper, and we shall see what salvation was expected from this exclusion, for them and for those who excluded them as well.¹⁸

Scull ett liknande resonemang om psykiatris expansion och framväxt som medicinsk vetenskap i 1800-talets England, som Foucault gör han en makroanalys där han tillslut menar att anstalterna var ett bekvämt sätt att hantera ett obekvämt problem. Precis som Foucault har

¹⁴ Foucault, Michel (2006). *History of madness*. London: Routledge s. XIV

¹⁵ Foucault, Michel (2006). *History of madness*. London: Routledge s. XVII

¹⁶ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatris framväxt*. Lunds Universitet s. 41

¹⁷ Foucault, Michel (2006). *History of madness*. London: Routledge s. XVIII

¹⁸ Foucault, Michel (2001[1967]). *Madness and civilization: a history of insanity in the Age of Reason*. London: Routledge s. 7

han en tydlig revisionistiskt ton och psykiatrins doktorer porträtteras som att gå i statens koppel för att undanröja samhället från de olydiga och missnöjda.¹⁹

I skenet av annan litteratur så bör det poängteras att vid läsningen av Foucault skall hans begränsade källmaterial, urval och belägg problematiseras. Den empiriska grunden kan upplevas som torftig i förhållande till hans sätt att med generaliserande svep fastställa sanningen om psykiatrin och kriminalvårdens funktion i det moderna samhället i västvärlden. Samtidigt kan dennes verk och dess inverkan för det s.k. revisionistiska perspektivet inom psykiatrforskningen inte förbises. Också inom det jag tidigare benämnt som det pre-revisionistiska forskningsperspektivet, har sociologiska analyser som Foucaults och Scull öppnat åtminstone ett öga för psykiatrins problematik under tiden för dess expansion. Exempelvis Beveridge tar tillvara den kulturella aspekten i en mer ”traditionell” psykiatrisk historiesyn och presenterar följande resonemang om journalanteckningarna i sin studie av Royal Edinburgh Asylum:

Thus the asylum could not be seen as a ‘dumping ground’ for society’s discontents. Reading the case notes however, one was also struck by how much the supposedly ‘scientific’ language of the clinicians reflected the values and assumptions of Victorian society; at times, it was very judgmental.²⁰

I svensk psykiatrforskning är Qvarsell en central forskare och då främst hans idéanalys om galenskap, senare sinnessjukdom, i specifika tidsåldrar som sträcker sig från de grekiska filosoferna fram tills Foucaults ” *modern experience of madness*”. Hans idévärd är i och med detta också en beskrivning av den idévärld som mentalvården uppkommer och verkar inom. Enligt Qvarsell kan man kategorisera galenskapens och sinnessjukdomens orsaksmodeller till idévärldar som existerar i olika grad under historien. Qvarsell delar upp dessa i fyra kategorier med respektive idévärldar²¹:

- *Starka sinnesstämningar*, har sin idévärd i den antika grekiska kulturen och filosoferna Platon och Homeros. Enligt dem var det de mänskliga passionerna, framför alltid kraftiga sådana, som var orsaken till sinnessjukdom och drev människan bort från förnuftets väg och in i en avvikande världsupplevelse och beteende därefter.²²

¹⁹ Scull, A (1979). *Museums of madness: the social organisation of insanity in nineteenth century England*. Harmondsworth: Penguin Books.

²⁰ Beveridge A. Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1874–1908. Parts I & 2. *Hist Psychiatry* 1995; 6:21–54; 133–56. s.17

²¹ Qvarsell, Roger (1981). *Två uppsatser om psykiatrins historia ...* Umeå: Institutionen för idéhistoria, Umeå universitet s. 1-12

²² Märk väl att avvikandet alltid har varit en central aspekt av vansinnet eftersom det definierar och avgränsar det

- *Gudomlig intervention* ser vansinnet som en produkt av att gudarna tar kontroll över människan och skapar deras vansinne. Denna orsaksmodell och idévärld från det antika Grekland kan ses som en influens till det mer sentida andekriget och demonologin i de monistiska religionerna ex. kristendomen.
- *Demonologin och andekriget* ser sinnessjukdomen skapat av demoner, andar eller andra mytologiska väsen från folksagor som besätter personer och gör dem vansinniga.
- *Den mekaniska människans fysiska obalans*, har sitt ursprung från den hippokratiska medicinen i antika Grekland där den vansinniges kroppsliga vätskor var i fel balans. Vansinnet har alltså sitt ursprung i kroppens fysiska problem. Denna idévärld är central för att förstå psykiatrins genomslag under 1800-talets medicin vetenskapliga framväxt. Även fast vätskorna succesivt försvinner till så kvarstår den mekaniska synen på sinnessjukdom.

Dessa idévärldar samverkar, försvinner och sammankopplas i galenskapens utveckling och kan motiveras vara ett uttryck för galenskapens formlöshet som begrepp och senare sjukdom, också Eriksson belyser på ett mer utförligt sätt.²³ Qvarsell menar slutet på denna kamp påbörjas under 1820-talet då vissa läkare exklusivt börjar tjänstgöra på hospital vilket sammanfaller med att galenskapen blir sinnessjukdom och botbar. Vid denna tid föds den psykiatriska medicinen, men påverkad av existerande idévärldar skiljer den sig fortfarande från den moderna då synd, liderlighet och djävulen fortfarande ses som orsaker men succesivt trängs tillbaka av de starka sinnesstämningarna, kroppens fysiska obalans och uppväxtens omständigheter.²⁴ Det som sker succesivt efter denna tidpunkt är det som Foucault tidigare benämnt som "*the modern experience of madness*"²⁵, vetenskapliga psykiatriska skolor och traditioner bildas och de anatomiska och fysiologiska framgångarna inom de medicinska och biologiska vetenskaperna får stort genomslag det rationella samhället. Qvarsell menar att denna utveckling inom vetenskapen leder till en idévärld som blir i stort sett hegemonisk. Naturvetenskapens och medicinens mekaniska materialistiska människosyn erövrar vid denna tid också psykiatrin där psykiatrins läkare påverkas och vill åka med på den kroppsliga medicinens statuståg och måste således vara vetenskaplig och utövas så snarligt som den vetenskapliga medicinen som möjligt.²⁶

Sjöström tar vid där Qvarsell idéteoretiska bakgrunden till psykiatrins uppkomst och bakgrund. Sjöström belyser ett viktigt åtskiljande som Qvarsell inte lika tydligt intresserar sig

²³ Eriksson, Bengt Erik (1989). *Vägen till centralhospitalet: två studier om den anstaltsbundna sinnessjukvårdens förhistoria i Sverige*. Diss. Göteborg: Univ.

²⁴ Bör ses som en tydlig influens av upplysningstidens tankar.

²⁵ Foucault, Michel (2006). *History of madness*. London: Routledge s. XVII

²⁶ Qvarsell, Roger (1981). *Två uppsatser om psykiatrins historia* ... Umeå: Institutionen för idéhistoria, Umeå universitet s. 10-21

för. Nämligen diskrepansen som han med utgångspunkt i Foucault motiverar kan ses i skillnaden mellan den medicinvetenskapliga motiveringen som finns för intagande av en individ och behandlingarna som de facto genomförs på institutionerna. Sjöström bygger detta resonemang på förklaringsmodeller för psykisk sjukdom som han benämner den *medicinsk-biologiska* och *profan-moraliska* modellen. Den medicinsk-biologiska är just det som Qvarsell beskrev som den mekaniska materialistiska människosynen, sinnessjukdom kommer från kopplingen mellan kroppen och själen vilket innebär att det är kroppen som skall behandlas. Den profan-moraliska modellen är ursprungen till Qvarsells klassiska idévärld och den om starka sinnesstämningar. Profan indikerar en ordning som inte är gudomligt grundad och vid tiden för psykiatriens expansion motiveras detta vara rationalitetens ordning. Brott mot rationaliteten kommer således av kraftiga sinnesstämningar, kontroll av begär och passioner blev således sättet som en människa förblev frisk i sitt sinne.²⁷

I skenet av den profan-moraliska modellen är det också av värde att belysa ett klass och genusaspekt av sinnessjukdom och galenskap. Ahlbeck-Rehn intresserar sig för diskurser och då främst disciplineringen av kvinnliga patienter på Själsö hospital i Finland, under titelperioden. Genom att studera en rad aspekter av hospitalets journaler, intervjuer med patienter och omliggande administration framkommer ett genus och klassaspekt utifrån en profan-moralisk ordning, det var snarare brott mot tiden köns- och klassförväntningar som på biologisk-medicinsk grund och legitimering leder till institutionalisering:

För varje flitig arbetarkvinna behövdes en lat (opassande, översexualiserad) arbeterska, för varje passiv medelklasskvinna, en aktiv(våldsam, okontrollerad) dito. Själsö blev en antites, kvinnlighetens negativa ordning²⁸

Ahlbeck-Rehn för också ett viktigt resonemang om hur disciplineringen innanför murarna i stort sett tar samma form som det sociala fördömandet utanför, då arbetsidealet med motsatsen lättja och ”rätt” grad av sexualitet är centrala beröringspunkter i verksamheten såväl som grund för institutionaliseringen i sig.²⁹

Också Cecilia Rivings avhandling belyser en sådan aspekt. Hon menar att den egentliga skillnaden mellan lokalsamhällets beskrivning av patienten och institutionens va, att beskrivningarna efter institutionaliseringen skrevs i medicinska journaler efter en initial

²⁷ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatriens framväxt*. Lunds Universitet. s. 242, 262-263

²⁸ Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006). *Diagnostisering och disciplinering: medicinsk diskurs och kvinnligt vainsinne på Själsö hospital 1889-1944*. Diss. : Åbo Akademi s. 197

²⁹ Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006). *Diagnostisering och disciplinering: medicinsk diskurs och kvinnligt vainsinne på Själsö hospital 1889-1944*. Diss. : Åbo Akademi, 2006 s. 17-20 s. 293-298

invägning och medicinsk-biologisk undersökning, snarare än i prästbetygen av lekmän med information från lokalsamhället. Riving beskriver denna process som att ”göra vetenskap” då sjukdomsorsakerna och beskrivningar innehållsmässigt vilade på prästbetygens och omgivningens beskrivning, fick en medicinskvetenskaplig psykiatrisk diagnos. I Rivings avhandling motiveras en nästan cirkulär relation mellan psykiatrin och lokalsamhället existera vilket kan anses leda till det uttryck som det Ahlbeck-Rehn beskriver i studien av det kvinnliga vansinnet så sent som 1944.³⁰ Vart gränsen mellan psykisk åkomma som orsak till inläggning och störande beteende med sociala och praktiska konsekvenser går framkommer minst sagt som otydlig och är central vid studerandet av behandlingsformer under den utvalda perioden 1930-1940, vid psykiatrins expansion. Detta presenteras ypperligt av Eivergård:

En sådan klassifikation kräver att symtomen gestaltas i förhållande till en norm och att dess störningar och obehag måste nå utanför den drabbade själv och upprätta en störande relation till omgivningen för att sjukdomen ska existera. Det är alltså med utgångspunkt i vad som bedöms vara ett normalt beteende ... som det avvikande och sjuka kan kännas igen³¹

2.4 Behandlingar och det institutionella livet

När man studerar behandlingar och anstaltens vardag är Rivlings studie som tidigare nämnt en tydlig ingångspunkt eftersom den belyser den tidigare forskningens uttryck av en tid där de biologiska förklaringarna verkar oförmögna att erhålla lösningar inom sitt problemområde, inte minst på grund av sin koppling till störandet av det normala som sjukdomsdefinition. Rivling själv beskriver det som att psykiatrin slets mellan höga vetenskapliga ambitioner och vad man reellt kunde åstadkomma. Wetterberg beskriver åren under psykiatrins expansion fram till Chlorpromazinets³² inträde under 1950-talet som:

It was a terrible situation for the sick and also for the staff who had no effective treatment – until the 1950s³³

Den generella trenden i den tidigare forskningen är förekomsten av en uppenbar avsaknad av effektiva behandlingar. Verksamheten innanför anstaltens murar tar sig uttryck av en förvaringsprocess som sätter in direkt efter intagningen på biologisk-medicinska grunder. Krasst kan man beskriva denna situation som att psykiatrins medicinsk-biologiska grund säljer en produkt som inte riktigt uppfyller den funktion som man angivit. Som ett fordon

³⁰ Riving, Cecilia (2008). *Icke som en annan människa: psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Diss. Lund : Lunds universitet, 2008

³¹ Eivergård, Mikael (2003). *Frihetens milda disciplin: normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Diss. Umeå : Univ. 2003 s. 12

³² I svensk kontext benämnt Hibernol i vissa fall, ett lugnande medel

³³ Wetterberg L. *History of psychiatry in Sweden during a millennium*. Nord J Psychiatry 2012;66 Suppl 1:42–53 s. 48

som sägs vara en bekväm transportlösning men som tillslut visar sig enbart vara en bekväm lösning eftersom motorn innanför huven inte gör vad den lovat, dvs. driver fordonet framåt. Denna problematisering av den utvalda tidsperioden framkommer tydligt i den tidigare forskningens studier av anstaltslivet så som Sjöström, Andersson, Ahlbeck-Rehn och Eivergård³⁴ men sätts i ett klarare perspektiv när Rivling studerar interaktionen mellan lokalsamhället och psykiatrin i dess närhet som beskrivits i det föregående avsnittet. Det skall poängteras att detta mönster också ses internationellt om än i ett annorlunda tidsperspektiv, ex. presenterat av Palha och Marques-Teixeira i Portugal under perioden 1883-1949 eller i 1800-talets England enligt Scull som tidigare nämnts i samband med Foucault.³⁵ Oförmågan tar sig istället uttryck i disciplinerande behandlingar som av kan ses som en produkt av det som Eivergård tidigare beskrivit som inneboende i sinnessjuk begreppet, avvikandets roll i definitionen av sinnessjukdom. Behandlingarna blir således ett försök att återföra patientens beteende till det normalt acceptabla och funktionella, snarare än att bota denne från sin egen upplevelse av sinnessjukdom.

Innan en presentation av de behandlingsformer som förekom vid psykiatrins expansion kan Jönssons unika studie av patientens kroppsliga och rumsliga kontext lyftas fram. Jönsson intresserar sig här för de olika funktionerna som kan avläsas i sjukhusets rum. Exempel på dessa funktionella rum är isoleringscellen, patientcellen och övervakningssalen som författaren menar kan ses som rumsliga uttryck av avsikten att hindra, begränsa och observera patientens störande handlingar och korrigera dessa tillbaka till det normala.³⁶

Rörande de behandlingsformer som är aktuella fram tills 1950-talets chlorpromazin så finns det vad man skulle kunna kalla ett kärnurval som Andersson delar upp i psyko-sociala och medicinska behandlingstyper. En behandling som under 1800-talets slut tappar sin centrala status i mötet med den medicinska psykiatrins intåg är arbetsterapin. Denna succesiva förändring ses fram till 1930-talet då arbetsterapin ser en renässans och återerövrar sin centrala ställning på bekostnad av den sängliggande behandlingen som ersatt den, en aspekt av detta är institutionens mål av självdrift. Den sängliggande behandlingen har liknande syfte som arbetsterapin, tanken var att lugn och struktur för patienten skulle hindra starka känslor och bidra till ro. En annan psyko-social behandlingstyp var värdfamiljen, där patienter som visade sig friska, dvs. kunde bete sig tillräckligt acceptabelt, arbetade och bodde under

³⁴ Som vissa presenteras nedan vid presentationen av behandlingsformer

³⁵ Palha, A., & Marques-Teixeira, J. (2012). The emergence of psychiatry in Portugal: From its roots to now. *International Review Of Psychiatry*, 24(4) s. 334-340.

Scull, A (1979). *Museums of madness: the social organisation of insanity in nineteenth century England*. Harmondsworth: Penguin Books.

³⁶ Jönsson, Lars-Eric (1998). *Det terapeutiska rummet – rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Stockholm: Carlsson Bokförlag

varierande perioder under uppsikt av en värd som skickade rapporter om deras beteende tillbaka till institutionen. Det bör poängteras att detta inte var något patienten tvingades till utan ville denne tillbaka till sjukhuset, blev orolig eller misskötsam så återvände hen.³⁷

Rörande de som Andersson benämner som medicinska behandlingstyper så är dessa innan 1950-talets chlorpromazin, främst sömnkurer eller långbad. Långbad innebär att patienten blir placerat i ett varmt bad runt 37 grader där mat och sömn är de enda avbrotten under en måndag-lördags period, detta menades vara lugnande och välgörande för patienten. Sömnkurer innebär lugnande och/eller sömnmedel över en vecka eller mer, det skall poängteras att dessa två behandlingar i teori främst reserverade för de som var mest oroliga och störande. Under den utvalda tidsperioden förekommer också cardiazolbehandling, som 1939 ersätts med elektrochock-terapi. Cardiazol framkallar kramper som man menade hade positiv effekt på schizofrena-patienter. Detta gällde också för elektrochockterapi men denna användes på ett bredare spektrum patienter oavsett diagnos. Insulinkoma behandling användes efter 1939 mot schizofreni men varierade, precis som de andra medicinska behandlingarna, i sin positiva effekt. Efter 1935 förekommer också lobotomi, ett kirurgiskt ingrepp som innebär ett avskärande av nervbanor mellan pannloberna och hjärnans centrala delar. Rörande lugnande preparat så används kloralhydrat, bromsalter, valeriana, paraldehyd, luminal och opiumpreparat.³⁸

Som tidigare nämnt i syfte så bygger min studie på att empiriskt pröva beläggen för Sjöströms begreppsbyggnad som definieras i begreppsdefinitionen. Med detta i åtanke bör ovanstående behandlingsbeskrivningar återkopplas till Foucaults sociologiska syn på psykiatrin, denne menar krasst och kort att samtliga behandlingar bör ses som disciplineringsåtgärder för beteende som är avvikande och inte passar in i den rationella världen. Eftersom Sjöströms teori är inspirerad av Foucault så har denne, om än i ett mer nyanserat perspektiv, inställningen till behandlingarna som restriktionsmedel eller straff för avvikande beteende som skall normaliseras genom den moraliska fostran som beskrivs nedan. Det är alltså inte ett medicinskt perspektiv som appliceras på behandlingen av patienterna utan snarare vilket sociologiskt uttryck och mönster dessa tar sig som uttryck i journalhandlingar.³⁹

³⁷ Andersson, Eva (red.) (1990). *Sinnessjuk i folkhemmet: vård, arbete och dagligt liv vid S:t Lars sjukhus i Lund 1938-1958*. Lund: Lundabygdens ABF s. 118-130, 137-148

³⁸ Andersson, Eva (red.) (1990). *Sinnessjuk i folkhemmet: vård, arbete och dagligt liv vid S:t Lars sjukhus i Lund 1938-1958*. Lund: Lundabygdens ABF s. 137-148

³⁹ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Lunds Universitet.

3. Begreppsdefinition

3.1 Sjöström och relationen till psykiatrin som studieobjekt

Som tidigare nämnt har Sjöström en sociologisk relation till sinnessjuk-begreppet som kan belysas i ett citat där han beskriver den Foucaultska sociologiska relationen till sinnessjuk-begreppet:

Enligt Foucault är diagnosen ”sinnessjukdom” ett kusligt exempel på sociala etiketter som skapar en kategori individer, vilka samhället sedan kan utnyttja som syndabockar... och psykiatrin kan inte ge dem någon riktig diagnos och behandling, eftersom den verkar i maskopi med samhället när det gäller att etikettera och segregera dem.⁴⁰

Även fast Sjöström inte uttrycker sig lika extremt som Foucault utan är mer nyanserad, ligger den teoretiska basen i den sociologiska relationen till sinnessjuk-begreppet som beskrivits ovan i den tidigare forskningen. Som han uttrycker det är inte avsikten att ifrågasätta huruvida sjukdomar existerar, utan snarare undersöka sociologiska förutsättningar för expansionen 1860-1960 som sträcker sig utanför de medicinska.⁴¹ Med detta i åtanke är också sinnessjukdom som jag tidigare diskuterat ett socialt fenomen som förändras över tid beroende på den idévärld den omgivits av under olika tidsperioder.

3.2 Sjöströms belägg och begreppsbyggnad

Det första begrepp som Sjöströms empiriska tolkning leder till är den *moraliska fostrande disciplineringen*, eller bara den *moraliska fostran*. Begreppet bygger på vad Sjöström menar är hospitalets bestraffningssystem som framträder som rena straff eller indragning av belöningsfördelar och baserar sig på beteende utifrån anpassning till institutionens ramar, snarare än utifrån det rent medicinska sinnessjuk-begreppet och diagnos som patientens intagning legitimerats av. En viktig aspekt är därför just diagnosen, det verktyg som uppsäger patientens egenansvar. Diagnosen förfaller dock vid läsning av journaler, vara av sekundär natur där patienter istället främst beskrivs med adjektiv som avser skötsamhet och misskötsamhet, i ett moral-omoral system som uttrycks i motsatser som snygg-osnygg, flitig-lat, foglig-besvärlig eller snäll-otrevlig. Utifrån beteendet straffas och belönas patienten för att formas till institutionen som kan motiveras vara ett uttryck av den *profan-moraliska* förklaringsmodellen.⁴² Det skall dock poängteras att detta mönster ibland bryts av med somatiska behandlingar där diagnosen bekräftas och patienten medicinskt granskas, men

⁴⁰ Sjöström, Bengt (2000). *Den galna vården: svensk psykiatri 1960-2000*. 1. uppl. Lund: Bokbox s. 53

⁴¹ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatris framväxt*. Lunds Universitet.

⁴² Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatris framväxt*. Lunds Universitet s. 250-260

dessa korta medicinska avbrott är sporadiska varefter patienten återgår till den moraliska fostran:

Om diagnostiseringen och vårdlegitimeringen sker utifrån en medicinsk-biologisk modell, så sker själva behandlingen på avdelningarna närmast efter ”moralisk” modell.⁴³

Sjöströms begrepp menar jag kan direkt ersätta de begrepp jag använt i min tidigare uppsats *Beteendets hegemoni*, nämligen *beteendets hegemoni* och *negativt utåtriktat beteende*. Detta eftersom den moraliska fostran innehåller det beteendefokus som jag tidigare framskrivit som min centrala slutsats:

Med beteendets hegemoni menas att journalerna, som är skrivna av läkarna, uppvisar ett nästan exklusivt fokus på beteende där psykiska symtom och beskrivningar är mycket, mycket få. Det är samtidigt enbart negativt utåtagerande beteende som innefattar kraftiga känslor som innebär en förändring av behandling, och då främst lugnande medel. I dessa händelser beskrivs samtidigt också beteendet i sig exklusivt.⁴⁴

Det som beskrivs ovan menar jag är ett uttryck för det mönster som Sjöström bygger begreppet moraliska fostran på. Omoraliskt beteende är det som härleder en förändring i behandling, som oftast är disciplinär, där ”förbättring” av patientens beteende alltid är det primära syftet.

Effekten av den moraliska fostrande disciplineringen menar Sjöström blir den *produktionsprocess* där produkten är *skötsamma institutionsmedborgare* snarare än sinnessjuk fria samhällsmedborgare:

Hospitalet blev en tragisk självgenererande verksamhet med fler och fler offer som anpassade sig till den moraliskt fostrande disciplineringen⁴⁵

Detta blir enligt Sjöström en förutsättning för psykiatrins expansion, där de långa institutionaliseringarna ifrån en nästan avsaknad av friskförklaring utifrån den medicinska psykiatriska diagnosen är centralt. Centralt för Sjöströms begrepp är alltså att dessa fångar den problematik som psykiatrin under expansionen brottas med, som beskrivits av flera forskare i den tidigare forskningen. Det vill säga att de medicinskt vetenskapliga behandlingarna förfaller ineffektiva och att man krasst lovar saker man inte kan hålla.

Sjöströms begreppsbildning vilar på den undersökning av ”sinnesstämningen” och beskrivningarna av patienterna vid en specifik tidpunkt, september 1928, vid St:Marias

⁴³ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Lunds Universitet s. 93

⁴⁴ Ahlström, Niklas (2014) *En analys om behandlingar, diagnoser och synen på sinnessjukdom vid Backa vårdanstalts sinnessjukavdelning i Nyeds kommun mellan 1936-1944 ...* Karlstads universitet, B-nivå s. 2

⁴⁵ Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Lunds Universitet s. 259

sjukhus. Han fann att den generella trenden var fogliga och stillsamma patienter, där de avvikande istället var de med orosutbrott eller varaktig oro. Som tidigare nämnt var denna metod en av motiveringarna till denna uppsats och jag har valt att pröva de belägg som Sjöström använder som grund för sina analytiska begrepp på ett annat vis som presenteras i metoden i efterföljande kapitel.

4. Metod

Min undersökning kommer att bestå av två delar utifrån de frågeställningar som tidigare presenterats i syftet. Tillvägagångssättet i undersökningen är dominerande deduktivt eftersom fokuseringen ligger på de mönster som ligger till grund för Sjöströms begreppsbyggnad vilket bryter något mot vad som anses vara den mer vanliga induktiva metoden.⁴⁶ Det bör poängteras att detta också medför problematik eftersom materialet ses utifrån Sjöströms tolkningsram eftersom det är hans belägg som empiriska tolkning som testas på ett nytt källmaterial. Detta är alltid en problematik med kvalitativ metod men intensifieras ytterligare i detta upplägg med tanke på den deduktiva utgångspunkten. Risken är en övertolkning eftersom den kvantitativa aspekten av undersökningen bygger på en kvalitativ metod som genomförs med en förändrad kvalificering med Sjöströms tolkning som kompass. Detta är en produkt av syftet men problematiken bör belysas, samtidigt så motiverar upplägget förhoppningsvis en hög grad av intersubjektiv prövbarhet eftersom tillvägagångssättet förmodas vara tydligt och följbart.⁴⁷ Förhoppningen är att exemplifieringar av materialet genom citat och motiveringar till den kvalitativa tolkningen kommer ge den insyn och transparens som skapar förtroende för resultaten och analysen.

Motiveringen att starta med den sista frågeställningen, som bör ses som en produkt av den första frågeställningen, är att denna undersökning är metodologiskt svagast enligt mig. Ett annorlunda resultat vid studiet av de belägg som Sjöström skapar *den skötsamme institutionsmedborgaren* av kommer ge ett annat perspektiv mötet med de mönster som ligger till grund för *produktionsprocessen* samt *den moraliskt fostrande disciplineringen*.

Som tidigare nämnt i syfte och problemformulering är läkarnas journalanteckningar det källmaterial som skall tolkas och analyseras, inte minst eftersom det är samma material som Sjöström tar sina historiska belägg ifrån och bygger sina begrepp. Rörande materialets

⁴⁶ Florén, Anders & Ågren, Henrik, *Historiska undersökningar: grunder i historisk teori, metod och framställningssätt, 2.*, [uppdaterade] uppl., Studentlitteratur, Lund, 2006 s. 45-47

⁴⁷ Florén, Anders & Ågren, Henrik, *Historiska undersökningar: grunder i historisk teori, metod och framställningssätt, 2.*, [uppdaterade] uppl., Studentlitteratur, Lund, 2006 s. 47-66

utformning så har jag exklusivt använt mig av de journalanteckningarna från överläkaren, dessa är fortlöpande utformade dvs. påbörjas när patienten blir intagen på institutionen och avslutas när denna blir utskriven. Utöver detta så finns i patientens handlingar intagningsdokument i form av prästbevis, diagnosformulär och intagning dokument, specifika medicinska undersökningsjournaler, avskriven personlig brevkorrespondens och foton av patienten. Kort sagt ett väldigt personligt material som ger en bred beskrivning av patientens livsöde.

4.1 Den skötsamme institutionsmedborgaren

Den första empiriska undersökningen intresserar sig således för Sjöströms belägg av en tydlig majoritets fördelning av fogliga och stillsamma patienter, det mönster som han benämner *den skötsamme institutionsmedborgaren* som han påstår skapas av *produktionsprocessen*. Avsikten med denna undersökning är att mer transparent och tydligt reproducera den kvalitativa analys om fördelning i sinnesstämning som Sjöström använt som belägg. Detta genomförs genom en bredare tidsperiod och en tillagd idealgrupp som motiveras ge möjlighet att fånga nyansering i sinnesstämning som en dikotomi-tolkning inte har möjlighet till. Nyanseringen av Sjöströms kategorisering mellan de stillsamma och fogliga och motsatsen, de oroliga, kommer ske genom tre ideal-typer som sträcker sig från oskötsamma patienter, varierande patienter och skötsamma patienter.

Rörande tidsperioden fokuserade Sjöström själv på att skapa en generell tolkning av sinnesstämningen vid en specifik månad, september 1928, där han studerade och kvalitativt fastställde patienternas sinnesstämning så nära denna period som möjligt. Kort sagt bör det problematiseras hur representativ denna månad är i ett längre perspektiv eftersom sinnesstämningen hos patienter vid en tidpunkt kan tolkas vara stillsam, för att sedan förändras nästa månad eller vecka. En kvalitativ kategorisering utifrån tre idealtyper, snarare än en dikotomi, som sträcker sig över en längre avgränsad tidsperiod av patientens vistelse på institutionen snarare än vid en specifik tidpunkt motiveras testa förekomsten av de belägg som Sjöström använder för att motivera *den skötsamme institutionsmedborgaren*. En viss problematik existerar dock då materialets kategorisering inte tillåter ett slumpmässigt urval där alla patienter vistas på institutionen lika länge. Det skall därför tydliggöras att oavsett vistelsetid så tolkas patientens sinnesstämning under den utvalda tidsperioden för undersökningen. Efter de utvalda patienterna tolkas och kategoriseras efter idealtyperna sammanställs dessa kvantitativt i en frekvensfördelning. Frekvensfördelningen utifrån

idealtyperna motiveras ge en mer rättvisande bild av patienternas sinnesstämning tid av deras vistelse än om den studerats vid en specifik tidpunkt. Den första undersökningsdelen består alltså av momenten:

Metod

1. Urval och avgränsning (beskrivs nedan)
2. En avgränsning och exemplifiering av de tre idealtyperna.

Resultat

3. Kvalitativ analys av journal handlingar utifrån idealtyperna.
4. Kvantitativ analys av idealtypernas frekvensfördelning och en generell slutsats av utfallet.

4.1.1 Urval och avgränsning av tidsperiod

Där Sjöström avgränsar sig till en specifik månad kommer jag att tolka och kategorisera perioden 1930-1950 utifrån idealtyperna. Motiveringen bakom begränsningen till dessa är främst att det sammanfaller med den period som Sjöström studerat, samt att den inte överlappar den förändring som psykofarmaka och andra läkemedel leder till efter ca 1950 som Flygare beskrivit i det tidigare avgränsningskapitlet. Jag kommer inte åtskilja eller avgränsa enligt kön utan studerar både män och kvinnor, således intresserar jag mig inte specifikt för genusaspekten av sinnessjukdom som tidigare presenterats av bl.a Ahlbeck-Rehn. De patienter som blir utskrivna eller avlider under den utvalda tidsperioden kommer inte att uteslutas utan deras vistelse kommer också tolkas som en del av helheten. Patienter med beskrivningar som sinnesslöhet, efterbliven och idiot har inte tagits med i undersökningen eftersom Engvall motiverat att dessa närmas och behandlas på annat vis än de med andra sinnessjukdomar.

Rörande urval så har det varit problematiskt att skapa ett statistiskt urval eftersom inget register existerar som beskriver vilka patienter som var närvarande på Marieberg under en viss tidpunkt eller period, vilket också innefattar min egen. Katalogiseringen av patienter som vistats på institutionen har istället skett utifrån deras inskrivningsdatum samtidigt som patientjournalerna katalogiserats efter personnummer. Detta innebär att urvalsprocessen varit svår att genomföra på ett statistiskt sätt som begränsar journalhandlingarna till den utvalda tidsperioden. Efter några testurval så motiverar jag tillslut att det mest tidseffektiva och avgränsningsvänliga urvalsmetoden varit att välja ut den patientkohort som blir inskriven mellan åren 1925-1930 eftersom dessa med stor sannolikhet vistas på anstalten under den utvalda tidsperioden. En annan problematik som också snabbt uppstod vid denna metod var

avsaknaden av delar av det katalogiserade material som existerar enligt registren, dvs. journalhandlingar saknades för en hög grad av de patienter som skrivits in från 1925 fram tills 1930. I vissa fall har det förklaringen att patienten förflyttats till ett annat sjukhus då också journalhandlingarna försvinner eller att patienten skrevs ut efter en kort observationsperiod. Detta har således påverkat det statistiska urvalet eftersom detta blir svårt genomföra ett slumpmässigt urval av det totala när det fragment som valts ut inte existerar. Detta tvingade mig tillslut att göra en helgenomgång av den patientkohort som valts ut för undersökningen för att säkerställa att de patienter som valts ut också existerade i materialet. I kombination med detta sorterades journaler innehållande patienter som kategoriserades som ”idioter” eller efterblivna och de individer som inte blev inskrivna utan enbart dyker upp som exspektanter, bort helt.

Urvalsprocessen hade självklart kunnat ta sig annorlunda form, exempelvis skulle ett randomiserat urval av personnummer kunnat ge en mer representativ bild av den totala populationen än den som enbart baserar sig på kohorten mellan 1925-30. Detta hade dock blivit en långdragen process i och med den tidigare definierade undersökningsperioden 1930-1950 då materialet är extremt omfattande beroende på Mariebergs stora patient antal som växer från 800 till 1100 under den utvalda tidsperioden. Som en konkretisering av materialet kan exspektantrullorna DII A:2, som jag använt som underlag för patientjournalerna, ge en insikt varför en begränsning är nödvändig. Avgränsningen av en femårsperiod ger totalt 1484 möjliga journaler innan sortering, vilket innefattar samtliga som var aktuella att skrivas in på sjukhuset under femårsperioden. Detta har lett till att avgränsningar måste göras i urval, inte minst rörande tidsperiod och omfattning eftersom jag rör mig med de resurser, framför allt tidsresurser, som en C-uppsats innebär.

Det urval som tillslut blev resultatet var 186 st patientjournaler som utvalts enligt följande process:

1. Urval baserat på intagningsdatum mellan 1925-1930, faktiskt inskrivning på sjukhuset, borttagande av utvecklingsstörda patienter och undersökning rörande journalens existens.
2. Randomiserat urval från de existerande journalhandlingarna med intagningsdatum mellan 1925-1930.

Som tidigare flaggat för i det tidigare stycket så blev också bortfallet som väntat högt, där 93 av 186 journaler, alltså exakt 50 %, pga. olika anledningar som tidigare nämnts inte analyserades i undersökningen. Med urvalets resultat i hand så kan man problematisera metodens utformning, ett större urval är alltid fördelaktigt rörande representativet och belägg

för slutsatser, samtidigt så vilar metoden på det resonemang som tidigare förts rörande materialets omfattning, katalogisering utifrån personnummer och intagningsår i kombination med tidsresurser. Urvalets belägg och representativitet vilar istället på det randomiserade urvalet.

4.1.2 Sinnesstämningens idealtyper

Med tidigare resonemang kring Sjöströms undersökning i åtanke så kvarstår även till viss del samma problematik med min egen metod, inte minst att kategoriseringen utifrån idealtyperna kan anses vara för flytande och processen ogenomskådlig pga. sin kvalitativa ansats. Samtidigt så är denna metod nödvändig, främst eftersom en kvantifiering av ex. uttryck som ”patienten är stillsam, lugn” eller ”patienten som innan orolig” varierar i sin frekvens från fall till fall snarare beroende på förändrings frekvens och vad läkaren upplever är patientens ”vanliga” sinnesstämning. En patient som större delen av tiden är orolig och utåtagerande mot omgivningen skulle i och med detta kunna få högre frekvens av ”patienten nu stillsam och lugn”, eftersom det beskrivna beteendet i journalerna ofta kommer ifrån ett beteende som läkaren anser som avvikande för just den patienten baserat på tidigare beteende. Den kvalitativa metoden blir alltså, trots sin problematik, den metod som jag motiverar ger ett mer rättvisande resultat eftersom den inte enbart kvantifierar utan också tolkar läkarens syn på patienten.

Som tidigare presenterat beskriver Sjöström ett närmare exklusivt fokus på patienternas beteende snarare än deras psykiska symtom inom psykiatrien under den utvalda perioden. Idealgrupperna har därför en benämningsform av skötsam-oskötsam eftersom detta följer den adjektiva form som patienterna omskrivs genom i journalerna utifrån beteende, snarare än ex. mer eller mindre psykisk sjuk baserat på symtom som hallucinationer eller kroppens biologiska obalans. Den idealgrupp som befinner sig mellan de två mer tydliga extremerna är också den idealgrupp som blir mest flytande i sin kategorisering eftersom den är definierad som flytande över tid. Samtidigt motiveras dess existens av att den tillför en mellangrupp som nyanserar de två extremerna genom att belysa att det inte är så enkelt definierat och tydligt avgränsade som en dikotomi-kategorisering kan få dem att framstå som, inte minst över tid.

Rörande vad de tre idealgrupperna kategoriseras utefter så är det just helhetstolkningen av journalhandlingarna rörande hur läkaren beskriver patienten under den utvalda tidsperioden 1930-1950. För exemplifierings skull så presenteras här också tre avidentifierade patienters

utvalda anteckningar som jag menar kan ses som representativa uttryck för de tre idealtyperna som förhoppningsvis underlättar förståelsen för tolkningsprocessen och dess resultat.

4.1.2.1 Den skötsamma idealgruppen

- Patienter som jag tolkar i stort sett uteslutande beskrivs som ex. ”stillsam, snäll, lugn och foglig” och journalanteckningarna samtidigt är sparsamt förekommande, kategoriserar jag som *skötsamma patienter*.

Ett exempel på denna idealtyp är Johan⁴⁸ som jag i tolkningsprocessen kommer kategorisera som en stillsam patient. Detta eftersom han under den utvalda perioden är i stort sett exklusivt skötsam enligt journalanteckningarna och anteckningarna själva är sällan förekommande med som mest två anteckningar per år. Nedan följer några representativa journalanteckningar som kan exemplifiera Johans vistelse och den stillsamma institutionspatienten:

1935 15.05 Han är som förut foglig samt ordnad och korrekt i sitt uppträdande. Han är en snäll godmodig och hjälpsam man. Har små anspråk på livet. Det lilla kapital, han erhållit genom arv från föräldrarna, har han insatt på bank och rör det ej. Begär sällan att erhålla några fickpengar. Hjälper till i ladugården å hemmanet. Måste dock alltid ha hanledning och tillsyn. Vårdaren och dennes familj äro belåtna med honom. – Vid besök i staden utträttar han enklare ärenden.

1937 31.05 Sköter sig i allt väl. Arbetar energiskt och rörande plikttroget men är rätt envis. Frågar aldrig efter utskrivning e. d. att häls på anhöriga anser han alldeles onödigt, likaså att skriva brev till dem.

1938 31.05 Samma tillstånd. Förflyttas till en annan gård som han verkar belåten med, den förre värden dog.

1949 -.05 I allt sig lik. Gör inget väsen av sig men vill gärna att man hälsar på honom vid besöken. Håller styvt på gården och gårdsfolket. Arbetar mycket bra och redigt men är som förut envis.

Även fast det inte inträffar inom den definierade perioden så har Johan efter några år hallucinationer vid ett antal tillfällen men eftersom detta inte stör omgivningen så beskrivs det inte som problematiskt eller erhåller någon behandling. Patienten lever kort sagt ut sitt liv hos sin värd där han i slutet sköter om grisarna. I slutet av livet blir han något orolig tills han vid 84 års ålder avlider av en hjärtattack.

4.1.2.2 Den oskötsamma idealgruppen

- Patienter som jag tolkar i övervägande beskrivs som ex. ”våldsam, snaskig, orolig, støjig, gapig, jobbig” där stillsamt beteende upplevs beskrivas som avvikande från patientens vanliga sinnesstämning kategoriseras som *oskötsamma patienter*.

⁴⁸ Johan, F1ba: 58. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

Patienten Markus⁴⁹ journalhandlingar presenterar det uttryck som jag tolkar som den oskötsamma patient gruppen. Denna idealtyp innebär förekomsten av övervägande negativa beskrivningar av patientens beteende där det skötsamma beteendet tydligt kan motiveras vara det avvikande under den utvalda tidsperioden:

1935 13.03 Väsas ofta störande på nätterna, river sönder sin skjorta samt sängkläder. Mycket bråkig och svårhanterlig. Flyttas till salen med övervakning på nätterna. Mycket snaskig. Sysselsättes med att plocka dref.

1935 31.12 Stundtals motorisk oro, är snaskig och förstörande. River sönder sina skjortor. Arbetar någon stund dagligen med drefplockning. Vårdas sedan 2 månader tillbaka å avd.12 avd för oroliga. Ord.: Luminal 01x2

1947 08.01 Har svårt att hålla sig stilla i sängen, är mycket orolig, springer fram och åter. Är orkeslös men samtidigt motsträvig då han skall skötas om. Snaskig, osnygg av 1:sta graden. River sönder kläder

Det skall poängteras att Markus ibland beter sig på ett acceptabelt vis men dessa tillfällen är sällsynta och förekommer främst när han genomfört någon form av arbete. Rörande frekvensen så varierar det mycket över tid då fokuseringen på beteendet och effekterna för omgivningen leder till varierad frekvens beroende på hur störande det upplevs för omgivningen. Dock är journalanteckningarna mer förekommande och beskrivande än den skötsamma idealgruppen.

4.1.2.3 Den varierande idealgruppen

- Patienter som jag tolkar som mer varierade i sina adjektiva beteendebeskrivningar ex. stillsam-våldsam, snäll-jobbig under den utvalda tidsperioden, och alltså ger uttryck för ett beteende som mer frekvent pendlar mellan skötsamt och oskötsamt, benämns som *varierande patienter*.

Avsikten med denna grupp är som tidigare nämnt nyansering. I patientexemplet Martin⁵⁰ blir vikten av detta tydligt enligt mig, eftersom en metod som enbart fastställer en sinnesstämning vid en specifik tidpunkt missar de svängningar som sker till och från över den utvalda tidsperioden:

1942 19.06 Hjälper till med diverse arbeten på avd. och är alltid villig o. duktig i arbetet. Är mycket ordentlig och håller sig ren och snygg. Snäll och vänlig. Sover bra och äter med god aptit.

1943 19.11 Pat. har i regel varit lugn och godmodig men något tjatig. Han har varit flitigt sysselsatt i centralköket, skött sig utan anm och har t.o.m haft permission till staden. Endast vid ett tillfälle i oktober månad har han uppträtt hotfullt och aggressivt mot en medpat... De två sista dagarna har han grålat med en medpat. och i dag börjar han krypa på golvet, skrika och tala om att han är förföljd av både Gud och satan och att alla människor är onda på honom.

⁴⁹ Markus, F1ba: 48. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

⁵⁰ Martin, F1ba: 214. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

Detta mönster av en varierande pendling mellan skötsam och oskötsam pågår över hela den utvalda tidsperioden och motiverar denna kategori eftersom jag menar att den tillför en mer representativ bild av sinnesstämningen över tid på Marieberg. Martin menar jag kan ses som representant för denna idealgrupp eftersom han i läkarnas anteckningar beskrivs variera mellan att vara en exceptionell institutionspatient som lyder och sköter sig själv och sina sysslor utmärkt, till ett väldigt oskötsamt beteende som innefattar våld mot omgivningen, olydnad och störande oro. Detta innebär att Martin har en stor varians i sina adjektiva beskrivningar över tid.

4.1.3 Kvalitativ analys av patienternas sinnesstämning och kvantitativ frekvensfördelning

De utvalda patienternas journaler studeras kvalitativt, problematiken som existerar i denna process är just tolkningen. Det kan påstås att analysen inte ger exakta data för den kvantitativa frekvensfördelningen men utformningen av materialet sätter här enligt mig gränser. Framförallt beror detta på hur journalerna som källmaterial är utformat, det är inte kvantitativt i sin form, dvs. anteckningarna sker inte konsekvent och regelbundet utan är snarare situationsbaserade utifrån patienternas skötsamma eller icke skötsamma beteende. Detta innebär att en individ som är mycket varierad i sin sinnesstämning har mer journalanteckningar än de individer som håller en mer konsekvent sinnesstämning oavsett orolig eller stillsam. Kort sagt är en kvantifiering av ex. antal ”stillsamma” adjektiv och ”oroliga” adjektiv missvisande eftersom journalanteckningarna inte är enligt ett standardiserat format. En situation som innebär en rad anteckningar ena dan innebär inte samma intresse nästa. En kvalitativ tolkning av det generella uttrycket menar jag således är mer rättvisande och ger en mer rättvisande bild av frekvensfördelningen enligt idealtyperna.

4.2 Produktionsprocessen och den moraliskt fostrande disciplineringen.

Den andra empiriska undersökningen intresserar sig för *den moraliskt fostrande disciplineringen*, dvs. att patienten utifrån beteende straffas och belönas för att formas till institutionens normalitet, en stillsam och foglig institutionsmedborgare. Dessa begrepp operationaliseras och konkretiseras nedan.

Den metod som Sjöström själv använder sig av är som tidigare nämnt kvalitativ, dvs. att han reflektivt förhåller sig till journalhandlingarna och tolkar dem subjektivt. Problematiken i den metod som Sjöström använder sig av för att få de belägg som *den moraliskt fostrande*

disciplineringen vilar på är inte den kvalitativa metoden i sig, utan snarare konkretiseringen och frånvaron av transparens. Detta menar jag är centralt och nödvändigt i en kvalitativ analys eftersom kvaliteten och förtroendet för belägg och slutsatser vilar på transparens och möjligheten att kontrollera och följa med i forskarens tolkningsprocess. Min egen metod kommer att använda ett mer begränsat urval från den första empiriska undersökningen men i motsats till Sjöström kommer inte ett specifikt fall exemplifieras utan snarare det generella uttrycket av materialet i form av flertalet patienters journaluttryck. Förhoppningen är att detta skall ge en högre grad av transparens och förtroende för den kvalitativa tolkningsprocessen och de belägg som slutsatserna vilar på. De moment som den andra empiriska undersökningen består av är alltså:

Metod

1. Avgränsning och urval.
2. Operationalisering av de studerande begreppen.

Resultat

3. Kvalitativ analys av de operationaliserade begreppen i utvalda journaler.
4. En generell slutsats om det kvalitativa utfallet.

4.2.1 Avgränsning och urval

För den andra delen av undersökningen har en mindre randomiserad andel bestående av 30 st journaler av de tidigare utvalda journalerna i den första delen av undersökningen valts ut, främst motiverat av den tidigare diskussionen om omfattning och avgränsning. En uppmärksam läsare finner snabbt att de patientexempel som använts i exemplifieringen av den första undersökningens idealgrupper sammanfaller med detta urval, detta beror på att exemplifieringarna bygger på transkribering av just den mindre ”djupgående” urvalsgruppen. Som tidigare kommer patienter som blir utskrivna eller avlider under den utvalda tidsperioden inte att uteslutas. Avgränsningen till perioden 1930-1950 kvarstår också.

Den process genom vilken citat har valts ut och presenterats bygger på en avvägning av belägg och läsbarhet, där 1930-1950 kan motiveras vara en för lång tidsperiod för att presentera den totala omfattningen av journalhandlingarna. Detta är också en produkt av den kvalitativa metoden, naturligt så vilar en stor del av beläggen på min egen tolkning av det generella i materialet, där de citat som presenteras och analyseras för läsaren är utvalda för just sin tydlighet. Vissa citatföljder innehåller inte samtliga anteckningar mellan det första och sista datumet. De som inte tillfört något för förståelsen för tolkningen som ex. ännu fler anteckningar som berör utförlig medicinsk behandling vid biologisk-fysiologisk sjukdom

eller status quo citat av ”ingen förändring, äter bra sover bra” typ, har valts bort till förmån för en mer lättsmält och tydlig läsning. Motiveringen till att det enbart är män som citeras är bekvämlighet eftersom det finns en skillnad mellan omfattningen och förekomsten av journalanteckningar då män har fler journalanteckningar. Eftersom syftet med uppsatsen inte har en genusaspekt så tas inte detta upp vidare men kan vara en ingång för vidare forskning.

4.2.2 Operationalisering av moraliskt fostrande disciplinering och produktionsprocessen

Begreppet moraliskt fostrande disciplinering skapar det som Sjöström benämner produktionsprocessen. Således bör den kvalitativa analysen av journalhandlingarna undersöka huruvida om nedanstående mönster går att finna eftersom det ligger till grund för den moraliskt fostrande disciplineringen som begrepp. För en vidare teoretisk beskrivning finns föregående teoretiska utgångspunkts avsnitt.

Metoden jag har valt för att kvalitativt se det mönster som Sjöström använt som belägg för den moraliskt fostrande disciplineringen har brutits ner i två separata delar:

1. De adjektiva beskrivningarna av patienternas beteende i skötsam/oskötsam som ex. snäll eller arg, våldsam, sur. Detta kan ses som belägg som motiverar begreppet moraliserande behandling eftersom det antyder den *profan-moraliska* förklaringsmodellen snarare än den *biologisk-medicinska*.
2. Den följdordning som motiveras kunna ses mellan oskötsamt beteende och bestraffningar⁵¹, alltså att ett beteende som inte anses accepterat av institutionen, leder till ett fråntagande av belöningar som ex. fri promenad till arbete eller utomhusvistelse och/eller mer fysiska som långbad, restriktionsspännen och eget rum/isolering.

Det som eftersöks i journalhandlingarna är således är ovanstående mönster som Sjöström använd som belägg för att skapa begreppet moraliskt fostrande disciplinering. Kort är det ett mönster som visar på fokus på beteendeuppfostran utifrån ett moraliskt perspektiv snarare än ett medicinsk-biologiskt botandeperspektiv med behandlingar inriktade på sinnesjukdomen i sig.

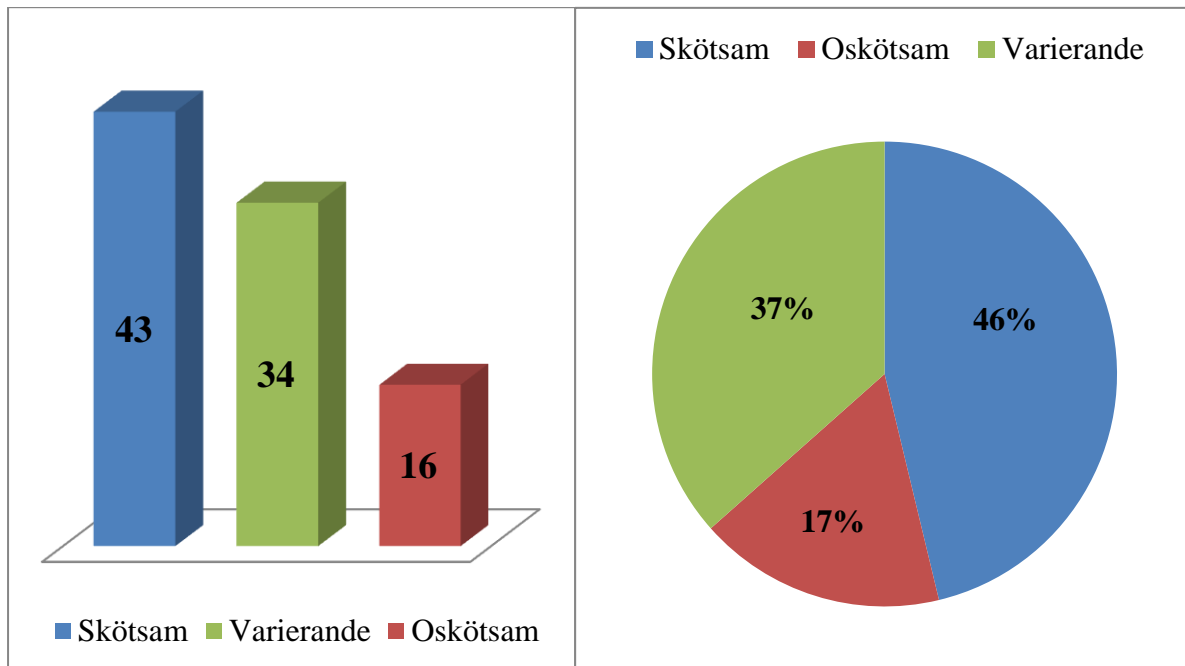
5. Resultat och analys

5.1 Den skötsamme institutionsmedborgaren

Nedan presenteras utfallet av den kvalitativa kategoriseringen utifrån idealgrupperna, där de totalt undersökta journalerna var 93 till antalet. Stapeldiagramet representerar den

⁵¹ Jag använder här Sjöströms benämning inspirerad av Foucault eftersom det fångar den avsaknad av botande som en behandling bör ha, det rör sig oftare om lugnande och restriktionsmedel fram tills psykofarmaka efter 1950.

kvantitativa fördelningen och cirkeldiagrammet den procentuella fördelningen av idealgrupperna.



Sjöströms teori om den skötsamme institutionsmedborgaren som resultatet av psykiatrin som institution menade han existera genom sin egen undersökning av 120 journaler, där patienternas sinnesstämning så nära september 1928 dikotomi-kategoriserades som skötsamma eller oskötsamma. Sjöströms resultat blev att 86 st. av 120 st. tolkades som lugna och skötsamma, dvs. 74,6 %. Jag menar att metoden åtgärdat den största problematiken i Sjöströms undersökning, vilket jag personligen motiverade vara frånvaron av ett längre tidsperspektiv vilket gav en missvisande bild av patienterna i materialet eftersom många varierar mycket i sitt beteende över tid. I resultatet ses i och med den ändrade metoden och urvalet, dock fortfarande en tydlig övervikt av den skötsamma idealgruppen. Där de patienter som kategoriserats som oskötsamma under den utvalda tidsperioden är i tydlig minoritet. Den slutsats som Sjöström drog från sin undersökning var förekomsten av den *skötsamme institutionsmedborgaren* och jag menar att min undersökning påvisar likande mönster på Mariebergs sjukhus från 1930 till 1950. Även efter att metoden har utvecklats med ett längre tidsperspektiv och en ytterligare idealgrupp.

5.2 Produktionsprocessen och den moraliskt fostrande disciplineringen.

Det bör åter poängteras att det som presenteras och exemplifieras är min tolkning av de utvalda journalhandlingarnas generella uttryck. Detta menas åstadkommas genom fylliga citat och tydliga resonemang som avser att underlätta för läsaren att följa min tolkning och analys.

Det som först studerats är de adjektiva beskrivningarna av patienternas beteende och skötsamma beteende vilket påvisar resultat som går att likställa med Sjöströms belägg för den moralisk fostrande disciplineringen. Eftersom den teoretiska förankringen också innefattar på den legitimerande biologisk-medicinska förklaringsmodellen så får också denna en central ställning i analysen även fast det inte uttryckligen varit syftet vid operationaliseringen. Kort sagt blev kontrasteringen mellan de två så talande för det generella uttrycket i journalerna att det inte kunde förbises, utan har istället lyfts fram som ett centralt resultat. Samtliga följande citat är från Markus⁵² som tidigare kategoriserats som medlem i den oskötsamma idealgruppen. Dennes journalhandlingar belyser min första generella trend, *1) de adjektiva beskrivningarnas hegemoni som exklusiva förutom vid rena biologiska sjukdomstillfällen.*

Nedanstående citat belyser ett generellt mönster där den medicinska läkarens oförmåga att behandla sinnessjukdom kan ses i ointresset för ex. hallucinationer eller andra sinnessjukdomsuttryck, vilket tydligt kontrasterar mot mötet med biologiskt-fysiologiska sjukdomar som när ex. Markus⁵³ febersjukdom infinner sig:

1946 01.02 Insjuknade under natten med över 39 graders feber, var mycket medtagen, svettades. Pulm:0 säkert. Cor: Dova toner, extrasystoli. På pneumonimistanke får pat. sulfatiazol. Stimuleras. Afebril efter ett par dagar.

1946 19.03 Åter en temp.-topp upp till mellan 38 och 39 grader... Från pulm. Intet säkert patologiskt. Sulfatiazol insattes åter.

1946 30.03 Sed: Enst. Vita blkr., 0 röda, 0 cyl., ett fåtal stavformiga bakt.

1946 02.03 Sed. Enst. Vita blkr., f.l. 0.

1946 29.05 Reagerar även nu bra på sulfatiazolen och temp. Går efterhand ned. Eller sv. pos. I sed. enst. röda och vita blkr., rikligt med epitel, enst. stavar

Detta är ett kort urval av en period av utförliga behandlingar, undersökningar och dokumentation som jag menar belyser läkarens biologisk-medicinska profession. Det generella mönster som jag menar kan ses i samtliga journaler som undersökts är att de adjektiva beskrivningarna i formen lugn-orolig, flitig/lat osv. framkommer hos samtliga

⁵² Markus, F1ba: 48. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

⁵³ Markus, F1ba: 48. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

patienter som normen i journalanteckningarna. Detta är talande för det som tidigare beskrivits i den tidigare forskningen som psykiatrins oförmåga att leva upp till de löften som den medicin-biologiska diagnostiseringen och legitimeringen ger, nämligen att just bota sinnessjukdom:

1946 31.10 Synes hallucinera livligt, är orolig, ligger icke stilla och är svag och orkeslös, då han kommer på benen. Är mycket snaskig. Har sista månaden rivit sönder flera skjortor. Sover oregelbundet. Har god aptit och håller vikten.⁵⁴

I kontrast mot de tidigare journalanteckningarna under Markus biologiskt-fysiologiska sjukdom så återkommer i och med hallucinationerna och den sinnessjukes vardag, det fokus på beteende, uppförande och fysiska beskrivningar som är det generella uttrycket under den valda tidsperioden. De adjektiva beskrivningarna om patientens beteende och uppförande motiveras visa på en av de två mönster som ligger till grund för skapandet av begreppet moraliserande fostrande disciplinering. Detta framkommer tydligt i samtliga utvalda journaler. Nedan konkretiseras denna tolkning av det generella uttrycket i Martins⁵⁵ patientjournal:

1936 29.02 Orolig, slåss ibland. Har en gång kastat sin matskål tvärs över rummet så att den gick sönder. Ord.: Luminal 0,1 x 2 dgl. Flyttad till avd. 9.

1936 31.03 Är tämligen snäll och foglig. Kan dock ibland vara aggressiv. Sömn dålig. Får ofta hypnotika. Får vistas uppe. Ord.: Luminal 0,1 x 2 dgl. Brom 1 gm.x 3.

1936 31.05 Vistat uppe sedan mitten av månaden. Knyter evsing och repar drev. Är mestadels orolig, skriker och väsnas. Talar oanständigt. Ord.: Luminal 0,1 ml x2. Flyttad till avd 5 – 4 ö .9.

1937 31.10 Som förut periodvis orolig under ett par månader, då han grälar med sina röster. Kan även någon gång vara våldsam utan ha blivit ofredad. Dessemellan lugnare och kan då som förut arbeta med städning och drevplockning. Ord.: Luminal 0,1 x 2 dgl. Får av och till hypnotika.

1940 .08 Snäll och beskedlig, har god sömn och aptit, sköter sig själv i alla avseenden. Han pratar ofta virrigt och barnsligt och är understundom ganska tröttande. Hjälper till med städning och andra göromål på avd. Får följa med på biografföreställningar.

1942 28.05 Sköter sig utan anmärkning. Erhöll frigång den 20.5 och flyttas idag till öppendörravd.

Martin blir också en naturlig övergång till den andra aspekten av den moraliskt fostrande disciplineringen, 2) *den följdordning som jag tolkar kan som ett generellt uttryck mellan oskötsamt beteende och belöning eller bestraffning. Ett skötsamt beteende efterföljs alltid av belöningar som tar sig uttryck i större frihet i form av frigång, biobesök, men också arbete ses som en belöning. Ett oskötsamt beteende följs alltid av antingen restriktionsmedel som lugnande, isolering eller långbad eller/och ett indragande av tidigare belöningar.*

⁵⁴ Markus, F1ba: 48. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

⁵⁵ Martin, F1ba: 214. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

Det skall dock poängteras att den senare delen av detta resonemang till viss del bygger på den enligt mig rationella tolkningen, att restriktiva och lugnande behandlingar är så vanligt förekommande att de inte alltid konsekvent skrivs ner i journalhandlingarna. Exempelvis så har Andersson, Qvarsell och Ahlbeck-Rehn i tidigare forskningen belyst långbadens och sängliggandets centrala ställning men detta framkommer sporadiskt i anteckningarna, ex. i Kalles⁵⁶ journalanteckningar:

1946 06.04 Har upprepade vredesutbrott, då han är stark aggressiv mot sina medpatienter.

1946 22.09 Då pat. är lugn, sysselsättes han som förut med städning och handräckningstjänster. Av och till får han impulsiva utbrott, då han går handgripligen tillväga mot omgivningen. Stör omgivningen. Måste ofta få lugnande medicin.

1948 01.25 Har mått bra av sängläget. Då han kommer upp, blir han mera orolig och impulsiv. Sover dåligt. Äter bra.

1948 27.07 Labil sinnesstämning, får häftigt påkommande impulsiva utbrott, då han går till angrepp mot patienterna. Ser ut att vara mycket besvärad av röster. Sover dåligt. Äter bra.

Jag menar att man rationellt motivera att Kalles aggressiva och skadebenägna utbrott skulle resultera i direkta restriktionsbehandlingar. Precis som beskrivningen av ”ofta lugnande medicin” som väcker frågor om hur ofta eller vad för medel, kan restriktionsbehandlingen motiveras vara så självklart på institutionen att det inte härleder till utförliga anteckningar kring detta i varje fall. Således motiverar jag min tolkning att även fast det inte uttryckligen skrivs i journalerna att restriktiva medel eller lugnande behandling brukats eller ordinerats så existerar detta i journalernas tystad som uttryck av institutionens vardagliga verksamhet mot oacceptabelt beteende. De ordinerande doserna av lugnande medel som kan ses i Martins journalanteckningar på föregående sida är oftast just stående, dagliga doser som sträcker sig över tid snarare än de ”ögonblickliga” som det är fråga om i de mer aggressiva eller störande utbrotten. Det kan också vara av vikt att visa den motsatta följdordningen, från oskötsam till skötsam, här representerat av Viktor⁵⁷:

1932 31.07 I början av månaden retsam och besvärlig mot de andra pat., efter tillrättavisning har han dock blivit bättre och är nu snäll o. foglig. Sysslar som förut med maskinstickning. Har frigång 2 tim. dagl.

Som en resultatsammanfattning så har jag motiverat och presenterat min tolkning av det generella uttrycket i de utvalda journalerna som jag menar utförts enligt den operationalisering av de belägg som Sjöströms moraliserande fostrande behandling vilar på:

⁵⁶ Ej katalogiserat enligt landstingets arkivförteckning, pga. sekretess och hänsyn till efterlevande presenteras enbart delar av personnumret: 1880 xx 22. Information lämnas vid granskning.

⁵⁷ Viktor, F1ba: 126. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

1. De adjektiva beskrivningarna av patienternas beteende i skötsam/oskötsam som ex. snäll eller arg, våldsam, sur. Detta är ett uttryck av den moraliserande behandlingen eftersom det antyder den *profan-moraliska* förklaringsmodellen snarare än den *biologisk-medicinska*.
2. Den följdordning som motiveras kunna ses mellan oskötsamt beteende och bestraffningar, alltså att ett beteende som inte anses accepterat av institutionen, leder till ett fråntagande av belöningar som ex. fri promenad till arbete eller utomhusvistelse och/eller mer fysiska som långbad, restriktionsspännen och eget rum/isolering.

Båda aspekterna av det som Sjöström använder som belägg i sitt begreppsskapande har undersökts och jag motiverar att dessa kan ses i journalhandlingarna från Mariebergs sjukhus under den utvalda perioden mellan 1930-1950. Jag har också valt att lyfta fram det som jag menar kan ses som ett uttryck av den medicinsk-biologiska förklaringsmodellens oförmåga att hantera sinnessjukdomen och botandet av den. Detta har tidigare belysts av Rivling⁵⁸ i lokalsamhällets cirkulära relation med institutionen där hon, precis som Eivergård⁵⁹, lyfter fram den tidigare forskningens uttryck av tidsperioden som präglad av de biologiska förklaringarnas oförmåga att erhålla lösningar inom psykiatrin som främst kan motiveras komma från den kopplingen som sinnessjuka begreppet har till störandet av och avvikandet av det normala som sjukdomsdefinition. Sjöström centrala tes är att sjukhusets moraliska disciplinerande behandling baserar sig på beteende utifrån anpassning till institutionens ramar och indirekt samhällets, snarare än utifrån det rent medicinska sinnessjuk-begreppet och diagnos som patientens intagning legitimeras av.

Avslutningsvis väljer jag att presentera patient Per⁶⁰ vars journalanteckningar kan ses som ett representativt uttryck för samtliga de slutsatser jag dragit från materialet. Per är ett tacksamt exempel eftersom brottet från att ha varit en mönster patient till att bli oskötsam är så tydligt. Detta ackompanjeras av ett fråntagande av förmåner, behandlingar bestående av långbad, lugnande medel och sömnmedel vilket tolkas ha i avsikt att motverka det störande och icke accepterade beteendet:

1940 03 Samma tillstånd. Pat brukar medfölja lastbilschauffören till staden som hjälp. Är pålitlig och skötsam. Under december månad permission för att hälsa på sin broder i Degerfors.

1945 30.09 Pat. Är lugn och sköter sig själv. Arbetar med flit och intresse i bageriet.

⁵⁸ Rivling, Cecilia (2008). *Icke som en annan människa: psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Diss. Lund : Lunds universitet, 2008

⁵⁹ Eivergård, Mikael (2003). *Frihetens milda disciplin: normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Diss. Umeå : Univ.

⁶⁰ Per, F1ba: 65. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

1945 31.12 Permitterad under julhelgen som vanligt till brodern i Degerfors. Var vid återkomsten orolig och måste ord. Sängläge å avd. 5 (prov.p) där han em. ej kunde stanna mer än ett par dagar, varefter han inlades å avd. 12 vill gärna mäta sin styrka på ronderna.

1946 01.01 Har idag sjungit och varit störande. Blev idag ord. 0.5 medinal i tre dagar. samt magnecyltabletter.

1946 02.01 Tilltagande oro. Flyttas till avdelning.9.

1946 04.01 Tilltagande oro, okynnig och klåfingrig. Ofredar sina medpat. Flyttas till avd. 12.

1946 04.01 Ligger på enkelrum med övervakning. Motorisk oro. Låter ej medpat. vara ifred. Är mycket störande både dag och natt. Skriker och sjunger. Får sömnmedicin men utan resultat utom för hyoscine-morfin. Förstörande, river sönder både skjortor och filter. Snaskig. Negativistisk.

1946 16.01 Börjar idag med långbad.

1946 06.02 Pat. var lugn och foglig i några dagar men försämrades sedan. Ofredar sina medpat. rycker i deras sängar och kläder. Sovit endast 4-5 timmar varje natt. Får sömnmedel nästan varje natt.

1946 09.03 Börjar återigen långbad.

1947 31.03 Är mycket störande för omgivningen. Mycket agiterad. Stark rörelseoro. Låter ej de andra pat. vara ifred.

1947 01.07 Den upprymda sinnesstämningen börjar försvinna. Den motoriska oron ej så uttalad. Sönnen ganska bra.

1947 03.07 Lugn och godmodig. Flyttas till avd.8.

1947 08.07 Sysselsätter i bageriet på f.m. Börjar arbeta.

1947 11.07 Frigång till och från arbetet.

1947 31.11 Har på sista tiden varit synnerligen orolig, upprymd högljud och störande. Under gårdagen måste frigången indragas och han flytta till avd. 8.

1948 07.01 Är något upprymd och tjatig men övervägande snäll och godmodig.

1948 07.07 Får en timmas frigång på området.

Detta mönster fortsätter fram till Pers död 1961 där en förändring efter 1950 är ett större fokus på medicinska preparat, men som tidigare nämnt i avgränsning inte är den period jag intresserar mig för. Pers journalhandlingar påvisar också det representativa uttryck för den kontrast som existerar mellan behandling av sinnessjukdomsuttryck som ex. hallucinationer eller vanföreställningar och rent medicinskt-biologiska sjukdomar. Detta har jag tidigare poängterat bör ses som ett uttryck för psykiatrins oförmåga att behandla sinnessjukdomen som blir belyst i kontrasten mellan ”beteende beskrivningarna” av patienten och de mer fylliga och behandlingsfokuserade anteckningar som sker i och med en fysisk diagnostiserad sjukdom. Där symptom, behandling och utveckling journalförs på ett sätt som kan belysa psykiatrins problematik:

1951 11.01 Almén neg. Sed: Mycket rikligt vita blkr., rikligt stavformiga bakt.

1951 12.01 Urobilin pos. Urobilinogen pos. Hammersten neg. Heller neg. Allmén neg. Gerhard neg. Legal neg. Sed: Enstaka vita blkr.

1951 13.01 Febern håller sig omkring 38,4 på em, puls omkring 90-10. S.R.=90mm.

1951 16.01 Penicillin utsatt. Ord. Magnecyl 1 tabl. X 3.

1951 18.01 Magnecyl ökat till 1 tabl. X 5. Bltr. 175/100.

1951 20.01 Magnecyl utsatt. Ord: Penicillin 100.000 x 3.

1951 22.01 Temp. Omkring 39 gr. Ingen hosta, klagar över stelhet och värk i hela kroppen. Penicillin utsatt. Ord: Streptomycin 1ml x 4. Hellner neg. Almén neg. Gerhard neg. Legal neg. Sed: 0 patol. Urobilin spår, Urobiliniogen neg. Hammersten neg. S.R.= 80 mm. Streptomycin utsatt.

Den mekaniska fysiska synen på sinnessjukdom blir problematiskt i sin botande funktion varpå läkarna kastar sig över ett problem de förstår och har verktygen att hantera, ex. influensan eller inflammationer med större vigör än deras mer psykiatriska åttaganden i mötet med sinnessjukdomen. Ovanstående journal innehåller representativa uttryck för samtliga resultat jag valt att lyfta fram, den adjektiva fokuseringen på beteende och skötsamhet, följden mellan belöning och straff utifrån skötsamt eller oskötsamt beteende samt den medicinsk-biologiska förklaringsmodellens oförmåga att uppfylla sitt löfte om botande av sinnessjukdomen. Som en sammanfattande och bildlig avslutning väljer jag att konkretisera beteendefokuseringen och sinnessjukdom som oskötsamt och störande beteende för omgivningen genom en friskrivning av en tillfrisknad patient, Bengt.

Bengt⁶¹ är en järnvägsarbetare som har vanföreställningar om att kamraterna på jobbet förgiftat honom och luften kring honom, också läkarna på Marieberg anser han har utfört experiment på honom under hans vistelse på institutionen. Han tror vid utskrivningen fortfarande att viss mat och ibland luften är förgiftad medvetet för att skada honom. Trots detta så utskrivs han eftersom han i grunden inser att han inte kan bete sig som han gjort samt respektfullt erkänner att han betett sig fel när han brusat upp. Detta motiverar vidare det centrala uttryck om skötsamhet och ett accepterat beteende som centralt för sinnessjukdomens definition och då också friskhet ifrån den:

Han har under samtalet ett par gånger hetsat upp sig och blivit retlig och högljudd men är efteråt tacksam och något ångerköpt. Han är i grunden snäll och beskedlig men har tydligen sina förryckta idéer kvar nämligen ograverade.⁶²

Bengt motiveras alltså vara ett uttryck för det avvikande beteendet som centralt i sinnessjukdomsbegreppet som tidigare presenterats av Eviérgård och Rivling. Det är inte förryckta idéer som är definitionen av Bengts sinnessjukdom, utan snarare en förståelse för

⁶¹ Bengt, F1ba:52. Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

⁶² Läkarens sista journalanteckning kring sitt sista samtal med Bengt.

att beteende utifrån dessa inte är acceptabelt och att det leder ett negativt svar från omgivningen. Också lydningen till auktoritet blir således av central vikt vilket tidigare belysts på fokuseringen vid skötsamt och arbetsamt beteende. Fokusering på beteendet är så starkt att det är vid infinnandet av ett skötsamt och normalt beteende som sinnessjukdom botas.

6. Sammanfattande diskussion och slutsatser

För tydlighetens skull kan vi repetera motiveringen av det mönster som Sjöström valt att kalla *den skötsamma institutionsmedborgaren*. En tydlig majoritet är skötsamma och en tydlig minoritet är oskötsamma. Det mönster som används som belägg för skapandet av begreppet *moraliskt fostrande disciplinering* går att finna i förekomsten av de adjektiva beteendebeskrivningar enligt skötsam/oskötsam typ som ex. snäll/störande eller flitig/lat som påvisar den profan-moraliska förklaringsmodellen. Samtidigt visar resultatet också den följdordning som antytts mellan oskötsamt beteende och disciplinering samt det omvända, mellan skötsamt beteende och belöningar. Den varierande idealgruppen kan också tolkas medföra en möjlighet att motivera att de oskötsamma men främst de varierande, inte kommit lika långt i sin moraliskt fostrande karriär som den skötsamma idealgruppen. De centrala slutsatserna utifrån undersökningarna som gjorts för att undersöka Sjöströms historiska belägg för sin begreppsbildning blir således att liknande mönster går att finna i källmaterialet. Sjöström menar att tillsammans skapar detta mönster av fokusering på beteende, disciplinär behandling och lugna patienter möjligheten att dra slutsatsen att genom *moraliskt fostrande disciplinering* formas *den skötsamma institutionsmedborgaren* i en *produktionsprocess*.

Detta resultat har tillsammans med Rivling och Eivergårds tidigare forskning tillskrivits sinnessjukdomsbegreppets definition som Bror Gadelius så tydligt presenterar, tidigare nämnt i problemformuleringen, som en av förgrundsgestalterna inom svensk sinnessjukvård under 1900-talet:

Då det gäller att bedöma om en person är själfrisk eller sinnessjuk, måste man göra gällande en praktisk måttstock, och den norm man har att hålla sig till, är vederbörandes handlingar och uppförande. En person kan i vissa avseenden förete abnorma egenheter, lida av tvångsföreställningar, hypokondriska idéer, sjukliga inbillningar av olika slag, utan att man har rätt att kalla honom sinnessjuk, alldenstund dessa föreställningar idéer och inbillningar ej påverka hans handlingar och uppförande på något

anmärkningsvärt, praktiskt störande sätt, och ej heller hindra honom att utöva sitt yrke, tjäna sitt uppehälle, fylla sin plats i samhället o.s.v.⁶³

Sinnessjukdomsbegreppet som enbart en sjukdom då praktiskt störande beteende för omgivningen och samhället kombineras med psykiatrins oförmåga att erbjuda en lösning på rent sinnessjukliga uttryck enligt en mer samtida begreppsdefinition, så som hallucinationer och vanföreställningar. Resultatet blir en medicinskt-biologisk legitimerad diagnostisering som väl inom institutionen försvinner och ger fullt utrymme för den *moraliska fostrande disciplineringen* enligt den profan-moraliska förklaringsmodellen. Fokus är tillfrisknande från det praktiskt störande beteendet för omgivningen och patientens anpassning till det normala, enligt Foucault nu, rationella samhället. För en uppmärksam läsare skulle Foucault lika gärna kunna användas till denna analys. Men dennes dömande ton av psykiatrin som maktens högra hand menar jag kan upplevas som missvisande, då analysen avser förklara *varför* psykiatrin tar denna form under den utvalda tidsperioden utifrån strukturella idévärldar och psykiatrisk okunskap, snarare än som ett medvetet mål från läkarnas och maktens sida att göras sig av med den nya pariaklassen. Psykiatrin kan istället lika gärna ses som ett offer för sin egen biologisk-medicinskt dominerade idévärld, det samband mellan sinnessjukdomens förklaringsmodeller och behandling som Qvarsell tidigare motiverat. Läkarna och anstaltens personal blir genom detta perspektiv inte onda hantlangare till makten utan de och institutionen existerar inom en viss historisk kontext. Inte minst är ordet disciplinering problematiskt, tankar väcks hur psykiatrin hade kunnat organiseras på ett så vis att utbrott och störande beteende inte behövts hanteras i den dagliga verksamheten med de metoder som fanns tillgängliga just då.

7. Vidare forskning

I detta avsnitt spekulerar jag och ger infallsvinklar som framtida uppsatser inom tidsperioden skulle kunna intressera sig för. En aspekt som denna uppsats inte intresserat sig för är utskrivandet av patienter, det tycks vara så att drivkraften för utskrivning måste komma från patienten eller patientens familj då ett mönster som jag upplevt framkomma är att de skötsamma patienter som inte har den externa eller interna drivkraften att komma bort från institutionen inte heller gör det. En möjlig förklaring skulle kunna finnas i sjukhusets

⁶³ Eivergård, Mikael (2003). *Frihetens milda disciplin: normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Diss. Umeå : Univ. 2003 s. 12

årsberättelser som skickas till Medicinalstyrelsen⁶⁴ där produktiviteten mäts i arbetstimmar och produktmängd som kvantitativt får mer utrymme än tillfriskandet av patienterna och upplevs som centralt i berättelsen. Möjligtvis att sjukhusets status nationellt har en ekonomisk prägel där institutionens ekonomiska självdrift som statusgrund leder till att skötsamma patienter som skulle kunna bli utskrivna stannar kvar på institutionen under hela sitt livsspann. Arbetet har samtidigt en central roll i journalernas beteendebeskrivningar och arbetsvägran eller oförmåga till arbete oavsett orsak framkommer alltid i journalerna, möjligtvis att institutionen också kan ses som ett tydligt uttryck för den svenska protestantiska arbetsmoralen och ”att göra rätt för sig”.

⁶⁴ Nationell psykiatrisk myndighet

8. Material

Landstingsarkivet Värmland: Mariebergs sjukhus⁶⁵ Kristinehamn: Avd III Överläkarens arkiv

*Journalurval:*⁶⁶

DII A:2 Expektantrullor

F 1ba Patientjournaler, manlig avdelning

F 1bb Patientjournaler, kvinnlig avdelning

Oförtecknade journaler

9. Referenser

Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006). *Diagnostisering och disciplinering: medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själo hospital 1889-1944*. Diss. : Åbo Akademi

Andersson, Eva (red.) (1990). *Sinnessjuk i folkhemmet: vård, arbete och dagligt liv vid S:t Lars sjukhus i Lund 1938-1958*. Lund: Lundabygdens ABF

Beveridge A. *Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1874–1908*. Parts I & 2. *Hist Psychiatry* 1995; 6:21–54; 133–56.

Beveridge, A. *The history of psychiatry: personal reflections*. *J R Coll Physicians Edinb* 2014; 44:78–84

Engvall, Kristina (2000). *”Asociala och imbecilla” – Kvinnorna på Västra Mark 1931-1967*. Örebro Universitet.

Eivergård, Mikael (2003). *Frihetens milda disciplin: normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Diss. Umeå: Univ.

Eriksson, Bengt Erik (1989). *Vägen till centralhospitalet: två studier om den anstaltsbundna sinnessjukvårdens förhistoria i Sverige*. Diss. Göteborg: Univ.

Flygare, Erik (1999). *Den psykiatriska problematiken och den problematiska psykiatrin*. Stockholm/Stehag: Symposion

⁶⁵ Tidigare Mariebergs hospital och asyl

⁶⁶ Samtliga journaler som används har sitt unika kategoriseringsförteckning för enklare kontroll där de används i uppsatsen

- Foucault, Michel (2001[1967]). *Madness and civilization: a history of insanity in the Age of Reason*. London: Routledge
- Foucault, Michel (2006). *History of madness*. London: Routledge
- Giddens, Anthony (1984). *The constitution of society outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press
- Jönsson, Lars-Eric (1998). *Det terapeutiska rummet – rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Stockholm: Carlsson Bokförlag
- Lyttkens, Lorentz (1987). *Den disciplinerade människan: Om social kontroll och långsiktiga värderingsförskjutningar*. Stockholm: Allmänna Förlaget
- Pahla, A & Marques-Teixeira, J. *The emergence of psychiatry in Portugal: From its roots to now*. International Review of Psychiatry, August 2012; 24(4): 334–340
- Qvarsell, Roger (1981). *Två uppsatser om psykiatrins historia ...* Umeå: Institutionen för idéhistoria, Umeå Universitet.
- Riving, Cecilia (2008). *Icke som en annan människa: psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Diss. Lund : Lunds universitet, 2008
- Scull, A (1979). *Museums of madness: the social organisation of insanity in nineteenth century England*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Sjöström, Bengt (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Lunds Universitet.
- Weber, Max (1977). *Vetenskap och politik*. Göteborg: Korpen
- Wetterberg L. *History of psychiatry in Sweden during a millennium*. Nord J Psychiatry 2012;66 Suppl 1:42–53.