

Kjell Bondesson.

Drömmen om ett psykodynamiskt Shangri-La eller sektoriseringen av Trelleborgspsykiatri

av Sven Sjöqvist

När jag i slutet av 1990-talet började jobba inom psykiatri var jag under ett år anställd vid Trelleborgs allmänpsykiatriska klinik. Under den tiden kom jag att höra flera historier om dess tidigare klinikchef Kjell Bondesson. Det berättades att han hade anställt en stor mängd psykodynamiskt intresserade medarbetare, och vidareutbildat dem i psykodynamisk psykoterapi. Andra historier förtäljde om planerna på en omfattande utbyggnad av verksamheten; skapandet av ett stort centrum utplacerat i den sydsåkanska myllan, som skulle influeras av psykodynamiskt tänkande – en slags oas, ett *Shangri-La*. Detta väckte mitt intresse för denna spännande tid av expansiv tillväxt av psykodynamisk psykoterapi.

Drygt ett decennium senare fick jag möjlighet att träffa Kjell Bondesson och intervjua honom för att få lite kött på benen till dessa historier. I det följande kommer jag följaktligen att ge en kortfattad redogörelse för Kjells berättelse om sitt arbete inom Trelleborgspsykiatri under 1980-talet och fram mot tidigt 1990-tal. Jag kommer inte att ge någon detaljerad analys, utan enbart utgå från Kjells egna redogörelser och en del dokument som beskriver denna omvandlingsprocess. Syftet är att göra ett nedslag i ett intressant skede av omvandlingen av psykiatri i Sverige; en omvandling i riktning mot en psykiatrisk öppenvård med basen i den psykodynamiska psykoterapin, det som kom att kallas sektoriseringen eller *Den nya psykiatri* (Eliasson, 1979).

Sektorisering, avhospitalisering och antipsykiatri

Under den politiskt omvälvande tiden kring 1970-talet kom en omfattande och djupgående kritik att riktas mot psykiatri. Denna kritik var både mångfasetterad och komplex (Svensson, 1991). Den adresserade ett flertal aspekter som handlade om mentalsjukhusens ineffektivitet, dess sjukdomsalstrande effekter och psykiatri som social kontrollfunktion (Crossley, 2006). Mest radikalt var psykiatriprofessorn och psykoanalytikern Thomas Szasz (1961) ifrågasättande av begreppet psykisk sjukdom. Szasz framhöll att ”psykisk sjukdom” var en felaktig beteckning för de upplevelser, tankar och känslor som kom till uttryck hos dem som sökte psykiatrisk hjälp. Han menade att

SVEN SJÖQVIST är leg psykolog och psykoterapeut verksam vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Malmö.

begreppet saknade ontologisk och epistemologisk täckning och var ett kategorimisstag. De problem som människor sökte hjälp för handlade i själva verket om "livsproblem" och borde följaktligen hanteras av konsultativa insatser *utanför* psykiatrin. Men psykiatrin hade *ockuperat* begreppet och införlivat det i en sjukdomsdiskurs. Detta hade vidare funktionen att legitimera psykiatrernas makt och det biologiska psykiatrikomplexets tilldelning av ekonomiska och organisatoriska resurser. Något som psykiatrins företrädare inte i första taget var beredda att släppa greppet om.

Även om Thomas Szasz (2009) inte vill sammankopplas med den övriga kritik som förekom under den här tiden, kom hela denna kritiska attack mot psykiatrin att betecknas *antipsykiatri*.

Parallellt med denna kritik, men också som en reaktion mot den, förekom en avhospitaliseringsprocess där mentalsjukhusen monterades ned och en psykiatri med basen i öppenvård byggdes upp (Hansson, 1991). Enheter som ansvarade för det totala psykiatriska behovet i en viss stadsdel eller geografisk sektor skulle byggas upp. Incitamentet för denna sektorisering kom ursprungligen från Europa, vidareutvecklades i USA på 60-talet och kom att förverkligas i Sverige under början av 70-talet. I denna sektoriseringsprocess kom den psykodynamiska psykoterapin att bli det styrande behandlingsparadigmet och med tiden kom begreppet sektorisering att likställas med etablering av psykodynamisk psykoterapi inom den psykiatriska öppenvården (Crafoord, 1988). Behovet av utbildade psykoterapeuter och handledare blev följaktligen stort. I dess släptåg följde statlig psykoterapiutbildning, etablerandet av organisationer för bevakning av psykoterapeuternas intressen och införande av statlig psykoterapilegitimation. Något som dock inte uppfattades som odelat positivt från psykoterapeuternas håll, eftersom det innebar en myndighetskontroll över den meningsskapande dialog som bedrevs i terapirummen (Gordon, 1986). I det följande kommer jag att koncentrera beskrivningen på hur denna sektoriseringsprocess påverkade ett begränsat geografiskt område i Sydvästra Skåne, nämligen Trelleborgs sjukvårdsdistrikt. Där kom den psykoanalytiskt utbildade psykiatern Kjell Bondes-

son i egenskap av klinikchef att vara med om att förändra det psykiatriska landskapet i riktning mot en integrerad psykodynamisk plattform.

Kjell Bondesson

Kjell är en numera pensionerad psykiater och psykoterapeut – men fortfarande aktiv bland annat i RPC som representant för arbetsgruppen för landstingspsykoterapi. Han var med om såväl sektoriseringen i Stockholm som i Trelleborg, då han först arbetade på avdelning 8, en miljöterapeutisk dagavdelning för borderlinepatienter på Karolinska sjukhuset, och senare, på 1980-talet, ledde sektoriseringen av Brännkyrka-Vantörss sektorn.

Jag träffar Kjell på hans favoritrestaurang *Restaurang Möllan* en blåsig vårdag 2009. Han berättar entusiastiskt om den stämning som rådde i Stockholm på 1970-talet och hur alla brann för psykodynamisk psykoterapi. När man hör hans ord dras man omärkligt med i en strömvirvel som tycks upphäva både tid och rum:

Det var psykoterapi dagarna i ända. Man hade terapier, handledningar, utbildningar, man reste med tunnelbanan genom halva stan till sin analys, och sen tillbaka till jobbet, så till handledningen och sen hem för att läsa psykodynamisk litteratur tills man stupade i säng. Man befann sig i en miljö där alla pratade psykoanalys. Alla pratade samma språk. Det var en underbar tid med ständigt närvarande känsla av utveckling, ett intensivt flöde.

Kjell Bondesson är född och uppväxt i Klippan i Skåne och kom redan under gymnasietiden att intressera sig för psykoanalys. Han läste under tidigt sextiotal psykologi på universitetet, men fortsatte sedan med medicinstudier. Efter att ha blivit färdig läkare 1971 fortsatte Kjell under några år med forskarstudier. På kvällarna ägnade han sig dessutom åt utvecklingspsykologisk vidareutbildning under den drivande psykologen Gunnar Windahl. Kjell önskade att vidareutbilda sig till psykoanalytiker och detta ledde så småningom till att han flyttade till Stockholm och kom att arbeta på Karolinska sjukhusets psykiatriska klinik. Han sökte flera gånger till analytikerutbildningen, men blev inte antagen och kom istället att gå den statliga psykoterapiutbildning som just startat.

Kjell arbetade i Brännkyrka-Vantörs sektor, vilken i likhet med andra delar av Stockholm, skulle sektoriseras. Detta antogs kunna skapa en såväl effektiv som ekonomiskt mer optimal psykiatri. Ett antal psykiatrer, som Bengt Berggren, Filipe Costa, Johan Cullberg, Clarence Crafoord och Per Stenfelt, var med och arbetade hårt med denna sektoriseringsprocess (Crafoord, 1988). Kjell berättar att de fick helt nya lokaler i Älvsjö, mitt i stadskärnan:

Tanken var att man skulle befinna sig mitt i samhället och att tillgängligheten skulle vara hög. Att gå till en öppenvårdsmottagning för en kris eller för ett psykiskt illabefinnande som blossat upp, skulle vara lika okomplicerat som att gå till sin tandläkare. Detta skulle förebygga andra tyngre och kostsammare insatser och behovet av slutenvård skulle därmed minska. Eftersom den huvudsakliga behandlingen enligt denna modell skulle vara psykoterapi i olika former var också behovet av psykoterapiutbildning stort. Alla skulle utbilda sig i psykoterapi.

Trelleborgspsykiatrin sektoriseras

Efter ungefär ett decennium i Stockholm ville Kjell bygga upp sin egen mottagning och integrera psykodynamisk psykoterapi i verksamheten. Eftersom han var bördig från Skåne sökte han jobb som klinikchef i Trelleborg 1987.

Mot slutet av 80-talet hade sektoriseringsvågen ännu inte riktigt nått ned till Skåne och när Kjell tillträdde sin tjänst vid den psykiatriska kliniken i Trelleborg fick han i uppgift att sektorisera Trelleborgspsykiatrin. Den bestod då av en mindre mottagning och en del utlokaliserade enheter, varav en del närmast var rester från de gamla mentalsjukhusens tid. Kjell hade starkt stöd från landstingspolitikerna i denna omorganisering och satte följaktligen igång med ett intensivt förändringsarbete i högt tempo.

Trelleborgs sjukvårdsdistrikt utgjorde då en sektor omfattande 75 000 invånare, vilka i sin tur skulle indelas i tre subsektorer. Enligt ett dokument som beskriver denna process fastslås att såväl mottagningsverksamhet som dagsjukvård ska etableras i varje subsektor (Bondesson, 1988).

Kjell, som hade byggt upp ett stort personligt kontaktnät under sin tid i Stockholm, ordnade så att ett flertal duktiga föreläsare kunde besöka mottagningen för att undervisa och föreläsa om psykodynamisk

psykoterapi. Dessutom knöts ett antal handledare till kliniken.

Kjell berättar om många möten och förhandlingar med politiker, administratörer, och chefsöverläkare, där det gällde att ha de rätta kontakterna för att kunna genomdriva sina idéer. Kjell skapade en egen grundläggande psykoterapiutbildning (Steg-I) där så många som möjligt av personalen på hans klinik utbildades. Därmed kunde även hans idéer om att få lära ut psykoterapi och själv lära sig mera om psykoterapi förverkligas. Denna psykoterapiutbildning kom även de anställda på omkringliggande orter som Lund, Landskrona och Ystad till gagn. Ett flertal nya tjänster inrättades och från att ha bestått av en handfull anställda omfattade kliniken till sist ett femtiotal medarbetare.

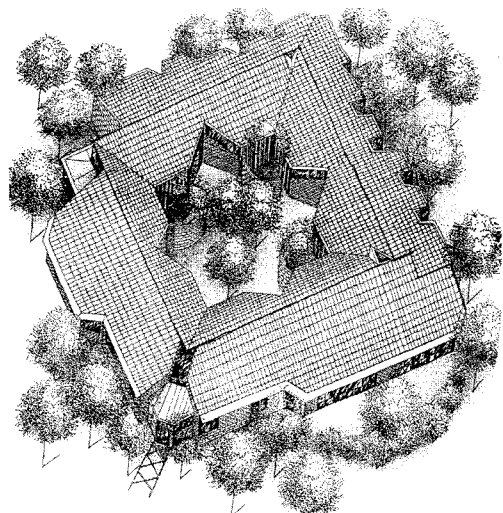
Personalen gjorde årligen utlandsresor som innefattade konferenser och interna personalutbildningar. Man åkte till USA för att besöka psykoanalytikern och psykiatern Otto Kernberg och inspirerades av dennes strukturella diagnostik – något som även tillämpades när man gjorde sina anställningsintervjuer. Detta väckte självfallet hel del vända hos dem som sökte tjänsterna. ”Vi ville ju ha en spärr mot att få in alltför tokigt folk”, framhåller Kjell, ”men en och annan slank ändå igenom och ställde till bekymmer”.

Ett gemensamt psykodynamiskt hus

En av intentionerna var att samla hela dagvården och öppenvården under ett och samma tak. Genom detta projekt hoppades Kjell att kunna skapa ett hus, där även den miljömässiga och arkitektoniska utformningen vilade på den tidens tänkande om utvecklingspsykologi och psykodynamisk teori. Han önskade alltså skapa en plats som var särskilt omsorgsfullt utformad för att kunna möta de vård-sökandes känslomässiga behov.

Kjell inspirerades av diskussioner om arkitektur och arbetsmiljö som fördes vid den här tiden (till exempel Hamburg, 1988; Ryd, 1988):

Det yttre rummet ska möjliggöra en spegling av det inre rummet. [...] Rummets arkitektoniska utformning ska ge möjlighet till mötet mellan verklighet och fantasi, dvs det yttre och det inre. [...] I mötet mellan det inre och yttre sker den psykiatriska behandlingen. Byggnaden bör alltså ge möjligheter för uttryck av de inre emotionella och omedvetna krafterna (Bondesson, 1988:4-5).



Det planerade psykodynamiska husprojektet skulle bestå av ett femtiotal rum; inklusive expeditioner, arkiv, reception, grupp rum och bibliotek. Det skulle vara en fristående byggnad omfattande fyra hus, vilka bildade en rektangel, där det utrymme som skapades av den inre öppna platsen mellan huskropparna skulle ha formen av något som påminner om en sexkantig stjärna.

Även vid urvalet av byggnadsmaterialen lades det stor vikt. Det skulle vara äkta naturmaterial, inte spånplattor med en skyddande fanéryta:

Beträffande byggnadsmaterialet är det viktigt att naturmaterial används. I mötet mellan patient och terapeut vilar förtroendet på en uppriktighet och äkthet i förhållandet. Alla icke äkta signaler försvårar eller omöjliggör behandlingen. [...] Huden, människans känsligaste kontaktorgan, är symbolen för naturmaterialen (Bondesson, 1988:5-6).

Kjell ägnade åtminstone två år till att planera, organisera och på andra sätt prospektera detta arbete. Flera arbetsgrupper där personalen deltog bildades och en arkitekt involverades i utformningen av ritningar samt i arbetet i arbetsgrupperna. Projektet gick på två miljoner och totalkostnaden för huset beräknades till omkring trettio miljoner kronor.

Drömmen förblir en dröm

Framåt början av 1990-talet tycktes sektoriseringsvägen ha avmattats och lokalt började nya politiska vindar blåsa. Organisatoriskt började man tala om ett ökat samarbete mellan landstingen och kommunerna – eller det som senare kom att bli psykiatri-ädelreformen.

Drömmen om ett hus för den samlade psykodynamiska psykiatrin i Sydvästra Skåne fick ett drastiskt slut när Trelleborg år 1990 fick en ny politisk ledning. Den nya politiska majoriteten ville inte förlänga Kjell Bondessons förordnande som verksamhetschef och en mer biologiskt orienterad läkare fick ta över. Därmed kunde inte längre planerna på ett psykodynamiskt centrum förverkligas och de medel som avsatts för ändamålet fördes över till andra verksamheter.

Som kompensation fick Kjell ansvaret för en nyinrättad psykoterapimottagning i landstingets regi. Med till den följde en handfull av hans medarbetare. Efter några år upplöstes denna mottagning och Kjell fick istället ansvara för en av de ursprungliga subsektorerna.

Något psykoterapihus byggdes följaktligen aldrig och därmed sattes det en punkt för Kjell Bondessons dröm: ”Jag hade hoppats att få vara med och bygga vårt psykodynamiska hus, för då hade åtminstone byggnaden varit kvar. För nu finns inget kvar av allt det arbete man lagt ned under åren.” En del ritningar och förarbeten finns dock kvar i Kjells ägo.

Nu kom dock dessa idéer inte till stånd utan en biologiskt inriktad psykiatri fick åter fotfäste – flankerad av en kognitiv beteendeterapi som mer var inriktad på symtomlindring än förståelse och meningsskapande.

Att projektet inte kom att förverkligas kan bero på att denna expansion av psykodynamisk psykoterapi blev för omfattande för att härbärgeras inom ett så litet område som Trelleborgs sjukvårdsdistrikt. Själva tanken att samla hela den psykiatriska verksamheten i ett begränsat geografiskt område kan dessutom ses som ett avsteg från den ursprungliga tanken om små enheter i stadsdelarna. Projektets nedmontering sammanfaller även med tidpunkten för den framväxande kognitiva psykoterapi och SSRI-preparatens intåg i psykiatrin. Det gick antagligen inte att politiskt försvara ett dylikt projekt.

Om man betraktar sektoriseringsprocessen i sin helhet i Sverige skulle man kunna se själva sektoriseringen som ett sätt att ta udden ur den radikala antipsykiatriska kritik som föregick den. Genom att förändra psykiatri i demokratisk och humanistisk inriktning, samt assimilera den då starkt framväxande psykodynamiska psykoterapi, undvek psykiatri att den psykodynamiska psykoterapi upprättade egna baser utanför sjukvården – vilket exempelvis skulle ha kunnat bli fallet om legitimerade psykoterapeuter gavs möjlighet att ekonomiskt ansluta sig till Försäkringskassan. Psykiatern, vilka under denna period var starkt ifrågasatta och kritiserade, kunde därmed via sektoriseringsprocessen fortsätta att behålla makten och ledningsansvaret över den kritiserade psykiatri. Och när kritiken väl lagt sig, återta och dessutom förstärka sina positioner. Eller som Sjöström (2000, s 52) så elegant uttryckte det i sin bok *Den galna vården*:

Psykiatri inlemmade visserligen såväl psykologiska som sociologiska behandlingsteorier i sin praktik och psykiatri lämnade de stora hospitalen/mentalsjukhusen för sektoriserad och öppen psykiatri, men fundamentet – en pillerfixerad biologisk psykiatri – bestod, varför det är något förvånande att denna marginella kosmetik kunde ta udden av antipsykiatriens kritik.

Genom att sektoriseringen fram mot 1990-talet kom att få en gradvis minskad betydelse, kunde den biologiskt orienterade psykiatri återerövra det förlorade utrymmet (Svensson, 1991). Begrepp som neuropsykiatri, neuropsykiatriska funktionshinder, endogena depressioner, ECT och ljusterapi kom åter till heders och den tidigare betoningen på psykoterapeutisk dialog – där behandlingen många gånger handlade om att narrativt omtolka det psykiatriska illabefinnandet och ge det en normaliserande diskurs – byttes ut mot en ökad betoning på diagnostik, utredning och medicinering. Den ”diagnostiska kultur” som Løchen (1971) varnade för kunde åter penetrera språkbruket.

Idag kallar människor inte längre de plågsamma känslor de upplever för ”oro”, ”blygsel” eller ”nedstämdhet” – utan för panikångest, social fobi och depression. Det psykiatriska språkbruket har alltså, på liknande sätt som när psykoanalysen var i

högssätet, trängt in i och omformulerat vårt vardagspråk. Det normala har idag blivit patologiskt och man skulle kunna se det som att den biologiska psykiatri till sist vann striden och återfick det diskursiva tolkningsföreträdet och därmed behöll makten över våra själar.

Sektoriseringen innebar dock att psykiatri, åtminstone under en begränsad tid, drogs med i den tidsanda som betonade jämlikhet, frigörelse och solidaritet. Istället för inlåsning på stora mentalsjukhus med repressiv kontroll av avvikande beteenden, kunde psykiatri fokusera på att med hjälp av den psykodynamiska psykoterapi utforska upplevelser, tankar och känslor, förstå och sätta in dem i ett meningsfullt sammanhang. Och i den andan kunde visionärer som Kjell Bondesson få oss att drömma om ett psykodynamiskt *Shangri-La*. □

Referenser

- Bondesson, K. (1988). *Lokalbehovsprogram för psykiatrisk mottagning och dagsjukvård i Trelleborg* (Stencil, 13 sidor.)
- Crafoord, C. (1988). *Den möjliga och omöjliga psykiatri*. Utveckling och erfarenheter av sektoriserad psykiatri. Stockholm: Natur och kultur.
- Crossley, N. (2006). *Contesting psychiatry. Social movements in mental health*. London: Routledge.
- Gordon, H. (1986). Legitimerad statspsykiaterapeut. *Tidskrift för psykoterapi*, Nr. 10, 52-55.
- Eliasson, R. (1979). *Den nya psykiatri i korseld*. En rapport från Skå om Nacka-projektet psykoterapi och ideologi. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Hansson, J-H. (1991). *Psykiatri och avinstitutionalisering*. Beskrivning av utvecklingstrender och diskussion av ett samhälleligt perspektiv. I Fredén & Svensson (red.) Perspektiv på psykisk sjukdom. Studies on Health and Society nr. 16. Tema Hälso- och sjukvården i samhället. Linköpings universitet, ss.71-94.
- Hamburg, P. (1988). House and psyche. *American Journal of Psychotherapy*, 42(1), 107-123.
- Løchen, Y. (1971). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sociologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ryd, H. (red.) (1988). *Ett till ett. Ett arkitekturpsykologiskt symposium*. Stockholm: KTH, Arkitektur, Formlára.
- Sjöström, B. (2000). *Den galna vården*. Svensk psykiatri 1960-2000. Lund: Bokbox Förlag.
- Svensson, T. (1991). *Psykisk sjukdom och social avvikelse*. Argumentationslinjer i 1960- och 70-talskritiken av begreppet psykisk sjukdom. I Fredén & Svensson (red.) Perspektiv på psykisk sjukdom. Studies on Health and Society nr. 16. Tema Hälso- och sjukvården i samhället. Linköpings universitet, ss. 3-30.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row.
- Szasz, T. (2009). *Antipsychiatry: Quackery squared*. New York: Syracuse University Press.

Fotnot

Denna artikel tillägnas psykologen och psykoterapeuten Britta Lundsgård som med sin berättarkonst gav mig alla fantastiska historier och lärde mig drömma om Shangri-La.