

Neurosis

Patienter, diagnoser och terapier i sjundedagsadventistisk vård 1935–1985

Motzi Eklöf

Det kristna samfundet sjundedagsadventisterna har bedrivit hälso- och sjukvårdande verksamhet i Sverige sedan 1900-talets början.¹ På Hultafors Sanatorium, i adventisternas regi mellan åren 1926 och 2002, och Nyhyttans Badanstalt (1905–1993) har patienter från hela landet tagits emot för rekreation, konvalescens och behandling av olika sjukdomar av kroppslig och själslig karaktär. Hultafors Sanatorium välkomnade under lång tid särskilt människor som behövde vila sina nerver. En varierande men alltid relativt stor andel av patienterna fick diagnosen neuros eller psykoneuros, ibland i kombination med andra krämpor. De behandlades med sedvanliga kurortsmetoder som bad, massage, sjukgymnastik och diet, men också med psykofarmaka, insulininjektioner, och i några fall elchocker. Vårdinrättningen i Hultafors har genom åren definierats som kurort, enskilt sjukhem eller hälsohem, men aldrig som sinnessjukhus eller psykiatrisk vårdanstalt.

Sjundedagsadventisterna har hållit en låg profil i Sverige. Patienterna hittade ofta till deras vårdinrättningar efter rekommendation från andra besökare; reklamen angav inte vem som ägde dem. Inte heller i deras hälsotidskrift *Sundhetsbladet* (1927–1967) angavs adventisterna som utgivare. Endast i samband med någon jubileumsartikel, till exempel då Hultafors firar 10-årsjubileum, nämndes att adventistsamfundet stod bakom. Man sökte medvetet locka till sig gäster från en bredare allmänhet och inte enbart egna samfundsmedlemmar. Och gäster med neuroser ansågs ha kommit till helt rätt plats, om de kom till Hultafors.

Varför hade så många av patienterna på adventisternas sanatorium en neurosdiagnos? Kan adventisterna sägas ha bedrivit psykiatrisk vård på sina kuranstalter, och vilken funktion kan denna vård ha haft inom samtida hälso- och sjukvård? I artikeln ska patientkategorier och sjuklighetsmönster sättas i relation till diagnoser och terapier med hjälp av ett empiriskt exempel som belyser skärningspunkten mellan olika behandlingstraditioner inom neurologi, psykiatri, kurortsvård och själavård. Adventisternas neurosbehandling skulle kunna betecknas som en ”holistisk” eller ”integrativ” vård, bedriven under större delen av 1900-talet, utan deltagande i de revirstrider mellan olika behandlingssinriktningar som präglat psykiatrins historia. Här har flera behandlingstraditioner mötts i en religiös kontext med högre syften än medicinska positioneringar. Oklar-

heter över i vilken disciplinär historieskrivning adventisternas vårdverksamhet hör hemma, kan ha bidragit till att den inte infogats i de medicinska specialiteternas, institutionernas eller professionernas historia.

Psykiatrisk vård utanför psykiatrin

Psykiatrins verksamhetsområde har förändrats över tid, från fokus på allvarliga sinnessjukdomar särskilt av psykotisk karaktär, till en medicinsk specialitet som ägnar sig åt en rad former av psykiska störningar. Neuroser betraktades tidigare som en funktionell nervsjukdom av såväl kroppsligt som själsligt ursprung. Idag anges det vara en typ av lindrigare psykisk störning som främst yttrar sig i ångest med åtföljande svårigheter att anpassa sig och stå emot livets påfrestningar.² Frågan om huruvida neuroser ska vara en angelägenhet för psykiatrin eller inte har varit omstridd. Under 1900-talets gång har det rått stridigheter om vilken tolkningsmodell av neuroser som ska vara den rätta: en biologiskt grundad, en psykoanalytisk eller en samhällsorienterad – eller allt på en gång, enligt en ”multi-faktoriell” förklaringsmodell.

Neuroser behandlades från 1800-talets senare decennier och fram till 1900-talets mitt främst av neurologer och invärtesläkare, familje- och kurortsläkare på privata spa-inrättningar och kliniker runt om i Europa.³ I Sverige skickade Pensionsstyrelsen (grundad 1914) människor med neuroser och reumatism och andra mer eller mindre kroniska sjukdomar till kurorter runt om i landet, och de drev under flera decennier även egna inrättningar.⁴ Neurologerna dominerade utvecklingen av psykiatrin fram till 1900-talets mitt.⁵ I Sverige dröjde det till slutet av 1960-talet innan det krävdes en särskild studiegång för en läkare som ville bli psykiater. Med tiden blev neurosdiagnosen vanlig även på sjukhusens psykiatriska kliniker, även om denna sjuklighet inte ansågs lämpa sig för sjukhusvård. Enligt nutida bestämmningar hör neuroser till den psykiatriska specialiteten, även om de också behandlas inom allmänmedicin och av psykologer och psykoterapeuter utanför psykiatrin, medan dagens neurologer ägnar sig åt annan typ av sjuklighet.

Men frågan om adventisterna bedrivit psykiatrisk vård och behandling, handlar även om vilken behandling som kan betecknas som en psykiatrisk behandling. Nästan vad som helst, både då och nu: farmaka, fysikalisk terapi som bad och kroppsaktivitet, diet, samtals- och psykoterapi, arbetsterapi, miljöombyte och försök att åtgärda vederbörandes socioekonomiska förhållanden, insulinterapi och elchocker med mera.⁶ Behandlingen kan syfta till att utreda och påverka individens upplevelser, tankar, känslor och beteende liksom att behandla kroppsliga symtom. Och ja, med den breda beskrivningen bedrev även adventisterna psykiatrisk vård. Deras neurosvård utgör ett exempel på hur vad som idag självklart skulle betecknas som psykiatrisk vård även bedrivits under icke-psykiatrisk flagg.

Neuroser – såväl sjukligheten som diagnosen i sig – har tillskrivits en omfattande sociokulturell betydelse. Historikern Petteri Pietikainen har betecknat perioden 1880–1980 som ”det nervösa århundradet”, en tid då neuroser blev en utbredd folksjukdom i alla samhällsklasser, inte minst i Sverige.⁷ Neuros har betecknats som en ”kultursjukdom”, en föränderlig sjukdom av närmast epidemisk art, som tjänat olika medicinska och kulturella syften. Diagnosen har även associerats till bestämda förändringar med avseende på patienternas klass och kön, som ska ha påverkat diagnosens status och existens. Karin Johannisson har lyft fram att kultursjukdomen neuros fått starka kopplingar till kvinnor och kvinnlighet, vilket ska ha bidragit till att diagnosen förlorat i status. Pietikainen och andra historiker betonar diagnosens spridning bland män och kvinnor i alla samhällsklasser.⁸

Frågan är också vilken ohälsa som diagnosen speglar, och om denna ohälsa är mer konstant än de diagnostiska kategorierna. Och är det faktorer som är specifika för neurosdiagnosen som ligger bakom förändringarna, eller handlar det om andra, på hela sjukvården generellt verkande förhållanden? Adventisternas neurosvård bidrar till en belysning av diagnosens klass, kön och innehåll. Även om fokus ligger på patienterna och neurosdiagnosen, kommer i viss mån även den syn på neurosernas orsaker, yttringar och behandling som adventistläkarna hade, att diskuteras i relation till rådande strömningar inom medicin och psykiatri. Men först ska något sägas om varför sjundedagsadventisterna över huvud taget haft hälso- och sjukvårdande ambitioner.

Adventisternas hälsoreform och vårdande mission

Sjundedagsadventistsamfundet grundades år 1863 i Nordamerika, med James White (1821–1881) som formellt överhuvud och hans hustru Ellen G. White (1827–1915) som informell ledare.⁹ Hennes visioner om rätt levnadssätt enligt Bibelns intentioner blev utgångspunkt för adventisternas livsstils- och hälsoprogram. Det utvecklades till en av många andra hälsoreformrörelser som formades i Nordamerika under 1800-talet på en vildvuxen medicinsk marknad, som i flera fall hade en liberal religiös anknytning. Gemensamt för många av hälsorörelserna var deras aversion mot den reguljära medicinens medel och metoder och särskilt dess mediciner, och en strävan efter att leva ett enkelt och måttfullt liv.¹⁰

Adventisternas hälsoprogram har från början utgjorts av huvudsakligen vegetarisk föda, helgande av sabbat på lördagen, ingen användning av alkohol, tobak och droger inklusive kaffe eller te samt användande av i första hand ”naturens krafter” vid sjukdom. Med det avsågs frisk luft, sol och ljus, fysikaliska terapier som bad, inpackningar, massage och sjukgymnastik, positivt tänkande samt kristen själavård. Bakom den starka betoningen på vikten av kroppsvård låg adventisternas icke dualistiska

syn på människan: kropp och själ ses som en odelbar enhet. Syftet med levnadsreglerna och den sjukvårdande verksamheten har varit att vårda kropp och själ som den skapelse och Guds tempel människan fått att förvalta och att tjäna medmänniskorna i Jesus och hans lärjungars fotspår. Kvalificerad sjukvård har även ansetts vara ett lämpligt sätt att nå inte minst samhällets övre skikt i syfte att förkunna det religiösa budskapet.¹¹

År 1866 öppnade Western Health Reform Institute i Michigan med ett fåtal platser. Adventisten och läkaren John Harvey Kellogg (1852–1943) tog över ledningen, och vad som från år 1877 hette Battle Creek Sanitarium (efter *sanitas* = hälsa) byggdes ut till en stor anläggning med plats för hundratals patienter och lika mycket personal. Ryktet om sanatoriet spreds vida kring och människor kom resande från hela världen med allehanda krämpor. Man lät sig särskilt behandlas för ”autointoxikation”, den självförgiftning som många dåtida läkare ansåg orsakade alla möjliga slags sjukdomar, inklusive neuroser. Kelloggs behandlingsprogram inkluderade olika former av bad, användning av elektricitet, huvudsakligen vegetarisk kost, sjukgymnastik och massage efter svensk modell.¹² Med Battle Creek Sanitarium som moderinstitution, skapades snart en länk av hälso- och sjukvårdande inrättningar runt om i världen.¹³

Hultafors Sanatorium

År 1926 köptes Hultafors Vatten- och Kuranstalt (i drift sedan år 1908) utanför Borås av sjundedagsadventisterna i Sverige för att omvandlas till ett läkarlett sanatorium för fysikalisk-dietisk behandling av olika organiska och funktionella sjukdomstillstånd.¹⁴ Sanatoriet, naturskönt högt beläget i bergs- och barrskogsmiljö med sjöutsikt, blev under 1940-talet godkänt som enskilt sjukhem och man samarbetade med Centrallasarettet i Borås, landsting och andra privata vårdgivare. Hultafors hade år 1926 44 sängplatser, som vid 1900-talets mitt hade blivit tre gånger fler. De flesta patienterna under denna tid var fullt betalande, men varje år beviljades en del gäster fri eller rabatterad vård. Vårdtiden var i genomsnitt tre veckor, och tre av fem inskrivna patienter var återbesökare. Det fanns ungefär lika många anställda som det fanns patienter, vilket sågs som minimikrav, ”om en tillfredsställande betjäning ska kunna lämnas.”¹⁵ År 2002 lades verksamheten, under senare tid kallad Hultafors Hälsocenter, ned.

Personalen tillhörde med få undantag adventistsamfundet. En central gestalt var läkaren Isak Unhäll (1901–1985), som började arbeta på sanatoriet redan under slutet av 1920-talet och var överläkare där mellan 1940 och 1964, för att sedan fortsätta ännu en tid som konsulterande läkare. Han hade specialistkompetens i neurologi och blev känd som nervläkare, vilket gav honom många patienter med nervproblem, som det hette då. Unhäll var under åren 1936–1967 även huvudredaktör för *Sund-*

Res till
HULTAFORS

Återvinn kroppens och sinnets spänst

Behandling av reumatiska åkommor,
nervsjukdomar, mag- och tarmlidanden,
luftvägs-, hjärt- och kärlsjukdomar samt
andra kroniska sjukdomar. Vila och
rekreation.

Läkare: Dr. I. Unhäll • Dr. E. Garby

Beläget i trakt med stärkande barrskogsluft.

Begär prospekt!
Postadr.: Hultafors.
Tel. Bords 99050.

Bilaga medföljer en del av applagan.

I hälsotidskriften Sundhetsbladet (1927–1967) gjordes reklam för Hultafors Sanatorium, i adventistregi mellan åren 1926 och 2002. "Nervsjukdomar" var Hultaforsläkaren Isak Unhälls specialitet.

hetsbladet och skrev själv en rad artiklar framför allt på nervsjukdomarnas område. På Hultafors efterträddes han som överläkare av Norman Blomstedt, specialist i invärtesmedicin, som arbetade där fram till 1980-talet. Efter honom arbetade ett par andra läkare som överläkare kortare perioder. Hans Löfgren började år 1969 att periodvis arbeta där som läkare, och var under anläggningens sista decennier dess överläkare. Läkarna har alla satt sin respektive prägel på vården.

Den nervösa människan

I reklam för sanatoriet kan man läsa att bland annat nervsjuka gärna togs emot för behandling, däremot inte psykiskt sjuka. Med sådana formuleringar kan signaler ha sänts ut till det relativt välbeställda klientelet om att deras besvär inte skulle stämplas som just psykisk sjukdom utan som en – förhoppningsvis – mer övergående och mindre stigmatiserande nervklenhet

Läkare skrev i *Sundhetsbladet* om sambanden mellan kropp och själ och förespråkade en helhetsyn på människans livssituation och reaktionsmönster.¹⁶ Själens och tankelivets ansågs ha stor inverkan på kroppsliga processer, och man betonade vikten av att kontrollera sitt tankeliv och inrikta sig på positivt tänkande, tro, hopp och tillit. På motsvarande sätt ansågs kroppslig (o)hälsa påverka det själsliga tillståndet. Som orsak till neuroser såg läkarna i regel en kombination av olika faktorer, som en medfödd eller förvärvad överkänslighet, undermedvetna själsliga konflikter (känslomässiga, sexuella, religiösa etc.), svåra levnadsomständigheter, förgiftningar av alkohol eller droger, eller självförgiftning genom negativa tankar och känslor som vrede eller fruktan, eller på grund av icke fungerande tarmsystem enligt teorin om autointoxikation. Neuroser beskrevs ofta som en störning i förhållandet till andra. Även kroppsliga sjukdomar som hjärtbesvär kunde leda till ångest och oro. Männens alkoholvanor angavs som en vanlig orsak till kvinnors ”nervositet”.¹⁷ Nu drabbades inte alla som utsattes för svåra omständigheter av neuroser; till det krävdes även en oförmåga att ”rätt” tolka kroppsliga och själsliga inflytanden och signaler, och att inte ha kraft och möjlighet att kunna förändra sin situation, alternativt skapa sig mer realistiska förväntningar på livet och förlika sig med sitt öde. I början av 1950-talet fångades begreppet psykosomatisk medicin upp av adventistläkarna som ett sätt att beskriva samverkan mellan kropp och själ.

Behandling för kropp och själ

Sjundedagsadventisterna försökte redan på 1800-talet att undvika den sekteriststämpel, som ofta vidhäftat både frikyrkoförsamlingar och alternativmedicinska riktningar. Kellogg hade deklarerat att en riktig läkare, till skillnad från kvacksalvaren, använde sig av alla goda behandlingsmetoder. Den principen fortsatte adventistläkarna att förfäktas. I *Sundhetsbladet* presenterade läkarskribenterna nymodigheter inom den medicinska vetenskapen som vacciner, röntgen, sulfa och penicillin, och man sökte ständigt uppfostra läsarna till att vända sig till läkaren och lita på dennes råd och ordinationer.

Ordinarie behandling och specialitet på Hultafors var de fysikaliska terapierna: olika former av bad som tallbarrsbad och kolsyrebad, inpackningar, saltingnidningar, massage och sjukgymnastik. Dieten var över-

vägande, men inte uteslutande vegetarisk. Det fanns en kalorifattig diet för patienter på avmaging och andra specialdieter. Promenader och andra fysiska aktiviteter i de natursköna omgivningarna, musikaftnar och föreläsningar hörde till utbudet. Dessutom användes ”vetenskapens senaste rön i fråga om medicin och injektionsbehandling”, som man skrev i reklamen för Hultafors. Bland sanatoriets tekniska faciliteter fanns bland annat utrustning för insulin- och elchockterapi; behandlingsmetoder som introducerats i Sverige år 1935 respektive 1940.¹⁸ Även att tala om att man använde de senaste rönen i fråga om behandling kunde vara ett sätt att locka till sig ett mer kräset klientel, som – i likhet med många läkare – på 1950-talet kan ha börjat associera uteslutande fysikalisk-dietisk terapi med en svunnen tids behandlingsarsenal, efter att decennierna dessförinnan ha betraktats som en nymodighet som kunde ersätta respektive komplettera den äldre medicinen.¹⁹

Neurosvård ansågs i samtliga fall kräva en grundlig anamnes, undersökning, diagnos och behandling både på det kroppsliga och själsliga området. Läkarens samtal betraktades som det främsta medlet att komma underfund med och förhoppningsvis lösa upp patientens specifika problemkomplex, och det ansågs viktigt att komma överens med patienten om behandlingen. De olika behandlingarna sågs inte i något fall som alena saliggörande var och en för sig. ”Nervlugnande medel” betraktades som medel att hjälpa patienten att få lugn och ro, få bort en del obehag och komma i bättre själslig jämvikt.²⁰

Den dagliga kontakten med all personal sågs som en viktig del av behandlingen. Personalen skulle utgöra positiva förebilder och hjälpa till att ”stämna om” patienten till en mer positiv livsinställning, som ansågs vara en förutsättning för all lyckad behandling.²¹ En kristen själavård var inget man skyltade med i marknadsföringen, men personalens kristna tillhörighet torde ha varit uppenbar på plats. Patienterna erbjöds samtal med en pastor och att närvara vid de regelbundet hållna andakterna.

Patienterna

Andelen patienter med någon neurosdiagnos var relativt stor på Hultafors dit man uttryckligen sökte rekrytera nervsjuka för behandling hos en neurolog. Enligt adventisternas statistik från perioden 1935–1950, led ungefär en fjärdedel av patienterna av någon form av ”nervös rubbning”. Övriga större sjukdomskategorier var hjärt- och kärlsjukdomar, reumatiska åkommor, sjukdomar i matsmältningskanalen och övervikt.²² I denna studie har ett urval patientjournaler med sista behandlingstillfälle 1939–1985, sammanlagt 164 journaler, studerats: 42 procent män, 58 procent kvinnor.²³ Andelen patienter med någon form av vad som kan kallas nervös rubbning eller psyk-relaterad diagnos – i vilket här inkluderas enstaka fall av alkoholism eller narkomani – var enligt det materialet

fram till 1965 drygt hälften av alla, för att under den senare tjuugoårsperioden minska till 41 procent. Under de första åren till och med 1930-talet hade nästan alla patienter i urvalet någon form av neurosproblem. Skillnaderna i uppgifter mellan adventisternas egen statistik fram till 1950 respektive det här studerade journalmaterialet kan bland annat bero på att urvalet i det senare fallet är för litet och har slagit snett, eller att adventisterna enbart räknade huvudsaklig diagnos, medan urvalet här även medtagit de som hade neuros som en av flera diagnoser.

Enligt det studerade urvalet patienter utgjorde – fram till och med mitten av 1960-talet – män hälften av alla som hade någon psyk-diagnos. Antalet kvinnor med neurosdiagnos var något fler än män med motsvarande diagnos, och under den följande tjuugoårsperioden sjönk andelen manliga patienter i det studerade urvalet till att utgöra en knapp tredjedel. Medelåldern för samtliga patienter med neurosrelaterad diagnos låg fram till 1965 på 50 år: 47 för männen och 53 för kvinnorna. Med tiden ökade neurospatienternas medelålder till 60, men den var under hela tiden lägre än för patienterna i genomsnitt. Även andelen patienter som kom från närområdet (motsvarande dagens Västra Götalandsregion) ökade från ca 40 procent av alla patienter i urvalet till 60 procent. Några hade varit på Hultafors flera gånger med upp till 35 år mellan första och sista besöket – i början privat betalande, sedan oftare på det allmännas bekostnad.

Neurosen kunde betecknas på olika sätt i journalerna, som enbart neuros eller psychoneuros (ibland med tillägget ”med depression”), psychastheni, senare även ångestneuros, tvångsneuros etc. En alkoholiserad man gavs vårdindikationen neuros ”causa socialis”. I några fall angavs ”Neuros NUD”, utan närmare bestämning (*non ultra descriptus*). Diagnoser som depression eller psykos förekom i mindre utsträckning än neuroser på Hultafors, men att döma av patientbeskrivningarna och ordinerade behandlingar torde sådana fall ha varit fler än vad som uttryckligen angavs. Akuta psykosfall ville man inte gärna ta hand om, men några sådana patienter kom ändå på eget, anhörigas eller andra vårdgivares initiativ. Svårare och självmordsbenägna fall försökte man slussa vidare till psykiatrisk klinik, som emellertid inte alltid ville/kunde ta emot patienten ifråga. Omvänt remitterade psykiatriska kliniken på Borås centrallasarett även patienter till Hultafors för behandling och rehabilitering, eller bad läkarna där att ta emot en viss patient för att man hade platsbrist på den egna kliniken. Det finns i materialet indikationer på att vissa problem och symtom som inom den etablerade vården tolkades i psykiatriska termer, tolkades på ett mindre psykiatriskt sätt av adventistläkarna. Under senare delen av 1900-talet tog man mer regelmässigt emot tidigare psykiatriskt vårdade personer för rehabilitering och utslussning, vilket inte togfördes i prospekten.²⁴

I journalen skrevs sällan ut vari själva läkarkonsultationen bestått utom

Neurastenia (Neuroser)

Terapi: Psykiatrisk

1. Tröst och försäkras
2. Vila och lugn omväx. med syssel-
(sättning) Sängstuga 1-2 veckor.

- Diet
3. Enkelt nutritionsrikt
av. avmagring.

Frukt - mjölk - vegetabil

Förky: alkohol, nicotin.

Allmän

Friskluft - liggkuren
Sol & sjöbad (Med ett rekomm.!!)
Gymnastik Massage.

Elektr.

Galvanisation (nympfikus, sygg,
märgen el. lokalt.)
Huvudet på allmän galvanisation!!
Faradisation lokalt, även huvud
Galv. bad.

Hygien

Kalla anströkn.
Dusch (ej på huvudet!)

Neurastheni och neuroser behandlades vanligtvis på bred front med olika åtgärder på Hultafors Sanatorium. Först och främst gällde det att erbjuda "tröst och försäkras", enligt läkaren Isak Unhålls arbetsbok; odaterad, men troligen från hans första tid som läkare under 1930- och 40-talen. Behandlingen kunde i övrigt då bestå av vila, sysselsättning, diet, frisk luft, sol, elektroterapi, bad av olika slag, massage och sjukgymnastik. Vid "sexuell neurastheni" gällde det framför allt att "klara upp förhållandet för pat." Medikamenter som kunde användas vid neuroser var bland annat brom, opium, valeriana och lavendel. Källa: Unhålls arbetsböcker i hans privata arkiv, Hultafors. Foto: Motzi Eklöf.

i undantagsfall, när läkaren talat med patienten om arbetsliv, familjeförhållanden, mat- och dryckesvanor med mera. Fram till 1950-talet angavs mycket sällan att neurospatienterna intog någon form av medikamenter, möjligen brom eller lite sömnmedel. Det var i regel fysikalisk-dietiska terapier som ordinerades. Bristen på anteckningar om farmaka kan bero på att patienterna på den tiden i större utsträckning skötte eventuell medicinering själv. Preparaten krävde inte alltid läkarrecept, och det kan ha varit en diskretionsfråga att – före den allmänna sjukförsäkringens journalföringskrav – inte ange medicineringen i journalen. Under 1950-talet introducerades nya psykofarmaka som klorpromazin (Hibernal, Lergigan), varefter följde en rad andra preparat, vilket avspeglas i journalerna på Hultafors. Introduktionen av nya medikamenter kan sedan följas i journalerna från 1950-talet och framåt. På 1960-talet är medicineringen ofta kraftig vid psykoneuros, och patienters läkemedelslistor kunde sammantaget omfatta 10–15 olika sorters psykofarmaka.

Relativt konstant för hela tidsperioden fram till 1985 var andelen patienter som hade med sig eller fick psykofarmaka ordinerad på Hultafors utan att ha någon uttalad psyk-diagnos (enligt kategori V, *morbi mentis*, i den internationella klassifikationsmanualen ICD), vilket var en knapp tredjedel av alla patienter i urvalet och mer än dubbelt så många kvinnor som män under hela tidsperioden.²⁵ Förhållandet var snarast det omvända gällande männen: inte ens alla som fått neuros- eller annan psyk-relaterad diagnos fick psykofarmaka enligt journalen. Och under 1950- och 60-talen hade 15 patienter av de 164 i urvalet, som hade diagnos som psychoneuros med depression eller enbart depression, fått insulinbehandling (4 män och 11 kvinnor); tre av dessa, varav en man, fick även elchocker.

Neurotikernas problem

Patienternas uppgivna lidanden var ofta symtomkonstellationer som bestod av en varierad blandning av oro, olust, ångest, allmän överkänslighet, gråt, huvudvärk, trötthet till kropp och själ, värk och kramp i musklerna, ont i magen eller hjärtat, infektionskänslighet med mera. Några upplevde sig vara uttittade och förföljda, vissa pratade väldigt mycket, andra uppvisade förstumning och hämning i förhållande till omvärlden.

I de fall då läkaren antecknat patientens beskrivningar av sina levnadsförhållanden, angavs i många fall sociala skäl för kroppsliga och själsliga reaktioner. Svåra livshändelser och -situationer som akuta sorgetillstånd eller mer långvarig oförmåga att hantera och förändra sin situation, ett olämpligt intag av mat och dryck samt – särskilt för männen – obalans mellan arbete och vila, kunde ligga bakom patienternas sviktande livsmod, dåliga hälsa och bristande arbetsförmåga. Männens berättelser kunde handla om överansträngning på arbetet, ingen semester, skilsmässa och

missbruk av alkohol. De kvinnliga patienternas problem hänförs av läkarna – i större utsträckning än vad patienterna själva förefaller göra – till olika psykosociala faktorer, inte minst relations- och familjeproblem av olika slag. I deras journaler anges flera gånger ”tråkigheter” hemma, utan närmare precisering. Ibland talas om en tidig känslighet och nervositet. Kvinnorna kunde emellertid också berätta om skilsmässa och/eller alkoholiserade män, i några fall problem även med barn och övrig familj, sorg efter nära anhörigs död, bortopererade underlivsorgan och andra svåra sjukdomar och/eller ingrepp, missbruk av smärtstillande medel och sömnmedel. I urvalet journaler finns flera fall av utländska kvinnor som knappt kunde tala svenska, saknade kontaktnät och vantrivdes i landet. Ytterligare andra var överlevande från polska ghetton och tyska koncentrationsläger före och under andra världskriget, som decennier senare fick vård på Hultafors på tyska statens bekostnad. Männens alkoholbruk och särskilt kvinnornas med tiden allt större intag av farmaka tillkom både som en pålagring på tidigare problem och orsak till nya.

Klasskillnaderna i det svenska samhället var stora; vård kunde köpas för pengar, men inte själslig balans och en god hälsa. En direktörshustru från Göteborg, född på 1870-talet och van kurortsbesökare, vistades på Hultafors Sanatorium flera gånger mellan åren 1928 och 1960. Redan år 1928 löd diagnosen *neurosis* och den höll sedan i sig, genom åren kompletterad med reumatism, artrit, hypertoni och till sist, då hon var 80+, bruten lårbenshals, som hon vårdats för på det privata Carlanderska sjukhuset i nio månader, varefter hon kom till Hultafors. ”Har privatsköterska med sig, som beräknas stanna i 2 veckor. Sover bra på tabletter.” Behandlingen bestod av massage, sjukgymnastik, kvartslampa, avtvättning, liniment och diverse medikamenter för värk och hjärta samt lugnande medel och sömnmedel. Snart fanns en ny anteckning i journalen: ”Privatsköterskan har nu rest. Stod ej längre ut med att tituleras djävul och idiot. Pat:s humör har sista tiden varit växlande. Klagar i dag över smärtor i sitt vänstra knä. Har i ett telefonsamtal med sonen hotat att ta livet av sig om han inte kommer och hälsar på henne.”

Alkoholmissbruk betraktades här som en aspekt av *neurosis* – eller tvärtom – och en del framför allt manliga patienter kom privat för att försöka återhämta sig, om än inte alltid motiverade eller förmögna att avgifta sig helt. En 30-årig försäljningschef som vistades på kliniken en knapp månad år 1960 fick diagnosen ”*psychoneurosis (etyl)*”. Med hänvisning till skilsmässa, för mycket arbete och representationsskyldigheter hade det blivit för mycket sprit, och han kom till Hultafors för en tids vila. Ordinationen löd olika bad, saltningnidning och massage samt ett vitaminpreparat, inga andra mediciner. Enligt journalen hade patienten dock haft sällskap om kvällarna långt fram på natten, pratat och stört patienterna intill, och till slut: ”Pat. har under några dagars tid känt sig ganska orolig, men inte kommit att tala om detta förrän i går då det gick på tok. Pat. söp sig full

här. Var rätt besvärlig. Ville fara in till Borås och supa mera, men vi klarade i alla fall upp det, och fick pat. att stanna. Är i alla fall tacksam för att vi hindrade honom. Tror nog att det skall övergå. Är ledsen för att det gick så tokigt i går. Återkommer om det behövs.” Han skrevs ut samma dag.

Ibland krävdes kraftigare behandlingsmedel. En yrkesarbetande 37-årig man med diagnosen psykoneurosis med depression behandlades år 1955 med en insulinkur, B-vitamininjektioner, opiumdroppar samt neuroleptika, det vill säga kraftig psykofarmaka avsedd främst för psykosbehandling. Han fick också elchock och blev enligt läkarens anteckning påfallande bättre, men en del psykiska symtom kvarstod. Efter någon vecka flyttades han över till en psykiatrisk klinik i Stockholm.

I flera fall misstänker läkaren att den vårdsökande kvinnans problem i första hand beror på samlevnadsproblem med maken. En omgift kvinna, vars far begått självmord och mor nyligen avlidit, får diagnosen neurosis NUD. Läkaren på Hultafors drar slutsatsen att maken är ganska dominerande hemma, vilket antas förklara en hel del av patientens problem: ”Försöker försiktigt få fram pat:s attityd till sin man. Hon håller inte med om att han är dominerande utan säger att allt han gör är rätt och riktigt och han är så snäll och omtänksam. Vad pat. med detta säger är nog trots allt en omskrivning av allt vad maken säger och förklarar nog ännu mera hennes situation. Att i nuvarande läge få pat. själv att inse detta är dock tämligen utsiktslöst och vi avstår från vidare försök. Reser hem i övermorgon.”

År 1969 kom en medelålders kvinna på remiss från ett lasarett. Den remitterande läkaren skriver om en hårt pressad kvinna, vars alkoholiserade make nyligen avlidit och vars son vårdades för narkotikamissbruk. ”Pats största problem är på hemmafronten.” Kvinnan hade sovit dåligt i 18 år, använt sömntabletter hela tiden och under det senaste året magrat 10 kilo. När hon får veta att sonen börjat med narkotika igen lämnar hon Hultafors. Ur läkarens svar till remitterande läkare: ”Det blev ingen större ändring i patientens tillstånd. Hon var hela tiden ledsen och deprimerad för sonens skull.” Hon fick med sig recept på Stesolid.

En gift kvinna uppgavs av den remitterande läkaren lida av ett ”psykiskt insufficiencstillstånd som delvis beror på yttre omständigheter (trassel med familjen)”, och hon hade också somatiska besvär. Hon får diagnosen neurosis och klagar även över magen. Vid läkarsamtalet är hon uppriven och gråter, uppges sig ha haft det ganska svårt under de senaste dagarna, mycket ont i magen och ryggen och lite varstans. ”Pat. känner sig psykiskt misshandlad. Får inte träffa vänner.” På Hultafors ordinerades insulin med mera. Två dagar senare blev kvinnan illamående efter maten och kräktes upp en liter blod. Hon skickades omedelbart till lasarettet.

Handlar flera fall om psykisk eller fysisk misshandel? Det vet vi inte – det sägs inte uttryckligen i journalen – men slutsatsen känns inte helt främmande.

En kvinna återkom till Hultafors upprepade gånger mellan åren 1949 och 1974, i början som privatpatient, på 70-talet som landstingspatient. Diagnosen redan första året löd psykoneuros. Förhistorien inkluderade operationer, skilsmässa, alkoholiserad make som inte betalade underhåll, oförmåga att kunna arbeta med mera. På 1950-talet beviljade socialvårdsbyråns styrelse ett par gånger en tidsbegränsad vistelse: "Beslutet härom har fattats med viss tvekan, då styrelsen i allmänhet icke anser sig böra bekosta sjukvård av detta slag." Vid en senare vistelse fick hon insulinbehandling, vilket uppgavs ge god förbättring. Hon reste dock hem då hon inte kände sig trygg för barnen. Hon återkom, då med ett familjeplacerat barn och problem med barnavårdsnämnden. Det framkom att hon haft huvudvärk i 15–20 år och tagit stora doser starka smärtstillande medel. Något år senare kommer hon tillbaka med hänvisning bland annat till viss suicidalrisk, och sedan ytterligare flera gånger under 1960-talet, ibland efter remiss från psykiatriska kliniken. Vid det laget var medicinlistan väldigt lång. Från slutet av 60-talet återfinns en brevväxling mellan kvinnan och två läkare på Hultafors, som handlar om att hon vill ha recept på ett smärtstillande medel. Hon skriver vänliga men tiggande brev ända tills hon av den ene läkaren inte får det begärda och då övergår till mycket upprörda och arga skrivelser. Diagnosen lyder nu "abusis medicamentorum", det vill säga läkemedelsmissbruk. Läkaren skriver till slut i journalen att "Den här pat. borde ju hållas i psykiaterns ledband".

Att döma av remisser till Hultafors gällande neuros- eller andra psykiatriska patienter, är emellertid läkarna på sanatoriet över lag mer försiktiga i sina beskrivningar och kategoriseringar av patienterna i psykiatriska ordalag. I några fall har man uttryckligen satt frågetecken för den remitterande läkarens diagnos och bedömning av patienten. En kvinna i 70-årsåldern med ett utländskt klingande namn remitteras år 1972 från psykiatriska kliniken i Borås, där hon vistats vid flera tillfällen under 1950- och 60-talen. Den angivna diagnosen i klinikjournalen förutom fetma är "Persona abnormis" med frågetecken efter.²⁶ Enligt journalen är hon en

hysteroid och teatralisk kvinna med ett egocentriskt utspel. Mycket intensiv. Säkerligen ytterst irriterande, men samtidigt rädd och osäker. Korpulent pyknika. Säregen och sensitiv. Problemaffin. Störda interpersonella relationer symbiotiskt förhållande till maken. Talträngd och omständlig. I början ganska lösa associationer. Ideologiskt fixerad. Svår att avbryta. Symtom- och diagnos imponerad. Har alltid varit stridbar och rättshaveristisk. Ganska uträknande.

Åtgärd: ur psykiatrisk synpunkt ganska obehandelbar. Pat. saknar all förmåga till Kooperation. Vi skriver ut suqualone 1 mg 2 ggr/dag. + mallorol 25–50 mg till natten. Man tror inte att pat. tar tabl. Hon har heller inte tagit saroten. Hon begär intyg till bostadsförmedlingen vilket hon inte får. Hennes sjukdom kan inte behandlas genom flyttningar. Vårdfrågan diskuteras. Pat. lär ha medgivit vårdmöjlighet

under de sista dagarna och dottern har bokat plats för henne inom socialvården. Vi tror inte hon kommer att acceptera ngn vårdform. Hennes tillstånd är ej så att man kan skriva vårdintyg till Restads sjukhus i dag. F. ö. inte mycket att göra.

D: Persona abnormis 301,88 (Familjär insuff. med allmän obeslutsamhet.)

Förslagsvis 3 veckors vård på Hultafors sanat.

På Hultafors uppger kvinnan att hon är frisk, men har olämpliga grannar hemma och vill byta lägenhet. ”Hon har varit hos Dr [...], men han förstod henne inte, och dömde henne för hårt.” (Här följer återigen ett frågetecken med blyerts.) I övrigt har hon inga klagomål. Läkaren skriver att hon är mycket livlig, aktiv och mycket pratsam, närmast lite hypomanisk och mycket fet, att hon ”verkar ganska normal”, och – med trolig hänvisning till annan personals bedömningar – ”Man tycker inte pat. verkar abnorm på något sätt.” Efter några veckors vård med bad och massage skriver läkaren ett svar till den remitterande psykiatern om den vård kvinnan fått, och avslutar med orden: ”Patienten hade ingen medicin här och önskade heller ingen. Pat. trivdes bra och utskrevs tacksam och belåten.”

Sambandet neuros, klass och kön

Även Petteri Pietikainen konstaterar i sin studie av den svenska psykiatris neurosvård, via bland annat ett stort antal journaler över patienterna på Serafimerlasarettets psykiatriska klinik i Stockholm 1922–1950, att de flesta som diagnostiserades som nervsjuka under perioden 1880–1950 led av mycket konkreta psykosociala problem: familje- och relationsproblem, alkoholmissbruk, överansträngning, ekonomiska bekymmer, sexuella problem, anhörigas sjukdom eller död och psykiska trauman.²⁷ Neurosen bestod av inte bara psykiatriska, psykologiska och psykodynamiska komponenter, utan även av religiösa och sociologiska. Att låg socioekonomisk status – eller snarare *känslan* av att befinna sig långt ner på rangskalan – hade skadlig inverkan på hälsan, anser Pietikainen kan förklara ett stort antal neurosfall. Hans studie visar att det vid seklets mitt var nästan lika många män som kvinnor som fick diagnosen neuros, efter att det tidigare varit en tydlig övervikt kvinnor, 70 respektive 30 procent. Han anser inte att diagnosen kan betecknas som genusspecifik.

Av journalmaterialet från Hultafors framgår att patientpopulationen där förändrades under efterkrigstiden i riktning mot bredare skikt i samhället, fler kvinnliga patienter och en högre medelålder. Det gäller samtliga patienter och inte enbart de med en neurosdiagnos. Förklaringarna till denna utveckling kan vara flera.

Kring 1900-talets mitt byggdes allt fler psykiatriska kliniker vid de

större sjukhusen i takt med att man i större utsträckning försökte samordna psykiatri och medicin. Till att börja med var det framför allt patienter från högre socialgrupper som fick företräde på klinikerna.²⁸ I och med en ökad sektorisering av vården och samarbete med socialvården fångades även andra socialgrupper upp och fler fick tillgång till psykiatrisk vård. Psykiatern var ofta huvudkontakt eftersom den vanligaste behandlingen bestod av psykofarmaka, som krävde recept. Breddningen av patientkategorier och psykiatrin som en allt vanligare förstahandskontakt avspeglar sig också i sjundedagsadventisternas vård.

Inte bara vårdens regionala organisering utan även försäkringssystemets utformning bidrog till att det med tiden kom allt fler patienter från lägre samhällsskikt, som också var äldre och sjukare. Den allmänna sjukförsäkringen trädde i kraft år 1955. Innan dess hade Hultafors framför allt tagit emot privat betalande patienter ur medelklassen som kom på eget initiativ, informell rekommendation eller remiss. I och med sjukförsäkringen ökade antalet remitterade patienter, och landstingets upptagningsområde blev ett rekryteringsunderlag; vissa kom via socialtjänstens försorg.

Efter 1955 blev både patienter och läkare mer beroende av att vårdindikationerna motsvarade en accepterad diagnos enligt godkänt klassifikationssystem, liksom att behandlingarna accepterades av andra vårdgivare och av vårdfinansierarna. Patienterna hade i regel ofta redan sökt läkare och inlett en behandling hemma – om inte annat så för att få remiss till Hultafors – och kom inte sällan med farmaka i bagaget. Förhållandet har sannolikt bidragit till båda parterers pragmatiska önskan att komma överens om en diagnos. Läkarna försökte länge hålla fast vid vårdbehov i termer av rekreation, konvalescens eller vila, trots att detta inte var regelrätta sjukdomar enligt det nya klassifikationssystemet och inte i egen rätt kunde berättiga till ersättning från det allmänna. Det framgår tydligt av journalerna att rekreation och konvalescens försvinner allt mer som skäl att få kunna vistas på Hultafors.

Psykofarmakologins roll för diagnos och terapi

Hälso- och sjukvårdens organisering och ekonomiska villkor samt diagnostiska klassifikationssystem har styrt patientströmmarna till olika typer av vård under olika tidsperioder. Såväl de diagnostiska kategorierna som behandlingarna inom psykiatrin har även starkt påverkats av den medicintekniska och psykofarmakologiska utvecklingen.

Det psykiatriska fältet breddades under 1900-talet till att omfatta allt fler sjukdomstillstånd och allt fler patientkategorier. Symtom på ohälsa, som tidigare inte alls ingick i en medicinsk referensram, medikaliserades från senare delen av 1800-talet av framför allt neurologer. Under 1900-talet formulerades sedan symtomen allt mer i psykologiska eller psykiatriska

termer av psykiatrer eller nya yrkesgrupper som psykoterapeuter och kliniska psykologer. Genom att närma sig den medicinska vetenskapens krav på diagnoser gällande specifika sjukdomar, stärktes den psykiatriska specialitetens status inom den medicinska hierarkin. Psykiatrin ville inte heller förknippas enbart med psykosvård. Vissa diskrepanser uppenbarades när psykiatrisk retorik och praktik mötte neurologers och invärtesläkares motsvarighet på Hultafors.

Den framväxande läkemedelsindustrin har behövt visa att deras medel syftar till att behandla specifika symtom och sjukdomar. Den nya ”diagnostiska psykiatrin” manifesterades sedan tydligt i den psykiatriska klassifikationsmanualen DSM-III från år 1980, i vilken neuroser ströks till förmån för en rad mer specialiserade symtomkomplex. Den psykoanalytiskt orienterade terminologin, hämtad från den amerikanska psykiatrin, rensades bort till förmån för en mer biologiskt inriktad och specificerad psykiatri, med fokus på symtom och symtomreducering. Att industriella och ekonomiska bevekelsegrunder starkt bidragit till den ökade specialiseringen inom den diagnostiska floran, har visats i ett flertal studier.²⁹ Den utlösande orsaken till att depressioner och ångestsyndrom skulle vara våra ”nya folksjukdomar” – efter neuroser! – har föreslagits vara en ny generation av antidepressiva mediciner.³⁰ Den ökade psykofarmakaföreskrivningen under de senaste decennierna behöver emellertid inte ha stöd i ökad sjuklighet. Enligt en befolkningsstudie från södra Sverige som undersökt saken under en femtioårig tidsperiod 1947–1997, den så kallade Lundbystudien, ökade förekomsten av neuroser fram till år 1972, men därifrån till 1997 observerades istället en minskning.³¹ Att antalet neuroser har minskat, antas bero på en förändring av levnadsstandarden och samhällets sociala struktur.

Ytterligare en faktor som påverkat den ökande farmakabehandlingen även av neuroser med mera, är kraven på en ökad evidensbaserad av medicinen under efterkrigstiden. Aggregerade resultat av statistiska sannolikhetsberäkningar utifrån randomiserade kontrollerade dubbelblinda kliniska studier i syfte att undersöka om en behandling har specifik terapeutisk effekt, lämpar sig för farmakautprovning vid preciserade symtombilder, men sämre för andra behandlingsinriktningar av psykologisk eller fysikalisk-dietisk natur. De ekonomiska incitamenten för farmakatillverkningen har också trängt ut andra behandlingsalternativ vid depression, som elchockbehandling (numera elektrokonvulsiv behandling, ECT).³² Tidsaspekten torde också ha inverkat på de vårdtider som den offentliga vården och försäkringskassan har varit beredd att betala för, vilket gynnat självadministrerad farmakabehandling på bekostnad av fysikaliska terapier under en längre kurvistelse. Det kan således sägas vara behandlingarna – här särskilt farmaka – och försäkringssystemen som formar och kräver diagnoser, och inte tvärtom. Att diagnoserna i den andra änden bidrar till att forma sjukdomsbeskrivningarna så att dessa passar diagno-

serna, är en förhandlingsfråga mellan patient och läkare. Den grundläggande sjukligheten förefaller inte lika formbar och föränderlig.

På Hultafors bar fler kvinnor än män neurosdiagnos, och kvinnor ordinerades mycket mer psykofarmaka än män, både med och utan psykorelaterad diagnos. Detta kan ha flera förklaringar, utöver de nämnda. Kvinnor har i genomsnitt längre livstid än män och är generellt större vård- och läkemedelskonsumenter. Historiskt har kvinnors hälsoproblem tenderat att diagnostiseras i psykiatriska termer, och tillskrivna kvinnliga egenskaper har i sig under olika tidsperioder tillskrivits patologiska egenskaper.³³ Besvär i samband med övergångsåldern verkar ha varit ett vanligt behandlingsområde på Hultafors att döma av ålder och besvärsbild, utan att det nämns explicit. En hypotes är att självmedicinering i form av alkohol varit mer socialt accepterat och även vanligare bland män än kvinnor. Att (miss)bruka farmaka kräver fler vårdkontakter.

De inofficiella indikationerna för att ordinera psykofarmaka har också breddats med tiden. Redan med tanke på synen på neurosens natur och yttringar är detta kanske inte så märkligt. Vissa organproblem såsom hjärt- kärlsjukdomar kan ge ångest och andra neurotiska problem och har behandlats med motsvarande farmaka, utan att patienten ifråga behöver ha en uttalad neuros- eller ångestdiagnos. (Det hände att läkarna på Hultafors tolkade ångestsymtom i termer av neuros, men missade bakomliggande hjärtproblem. Sålunda klagade en manlig patient med neurosdiagnos över tilltagande hjärtklappning och ångest utan att tas riktigt på allvar, tills han drabbades av akut hjärtinfarkt.) Kategorin somatoforma sjukdomar kan enligt aktuella rekommendationer behandlas med antidepressiva medel och fysioterapi.³⁴ Äldre statistik över farmakaföreskrivningen är svårtillgänglig, men siffror från 1990-talet visar att neuroleptika då till nästan en tredjedel skrevs ut till patienter med diagnosen psykoneuros, och att moderna antidepressiva medel, så kallade SSRI-preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare), föreskrevs vid 33 olika sjukdomstillstånd ute i världen, trots att de bara varit godkända för depression.³⁵ Senare tiders antidepressiva mediciner uppges ha effekt även på till exempel fibromyalgi, en diagnos som till stor del bärs av kvinnor.³⁶ Läkarna på Hultafors var inte främmande för att pröva psykofarmaka vid olika problemkomplex.

I skärningspunkten mellan olika behandlingstraditioner

På 1960-talet blev det psykosomatiska psykiatriskt istället för neurologiskt, och under det följande decenniet trängdes en psykoanalytisk inriktning inom psykiatrin ut av en biologiskt-somatiskt inriktad psykiatri – åtminstone i USA.³⁷ I Sverige var det först på 1970-talet som psykodynamiska tankegångar och psykoanalysen fick visst genomslag även inom den slutna psykiatrin, medan de somatiskt orienterade psykiatrikerna tyst-

nade – för en tid. Öppenvårdspsykiatrin var mer blandad med psykosomatiska tankegångar.

Adventistläkarnas syn på neurosernas natur och bästa behandling förefaller inte ha skiljt sig nämnvärt från den vanliga vårdens blandade åsikter under 1900-talets första hälft, men det beror på vad man jämför med. Deras synsätt förefaller mer förankrat bland den tidens neurologer än psykiatrer. Sålunda stämmer till exempel neurologiprofessorn Nils Antonis (1887–1968) uppfattningar och råd relativt väl överens med adventistläkarnas. Ett undantag var synen på psykokirurgi (lobotomi), som Antoni ställde sig positiv till, medan adventistläkarna var kritiska.³⁸ Det har också funnits och finns fortfarande regionala skillnader: psykodynamikerna har dominerat i Stockholm, medan västkusten varit ett starkare biologiskt fäste, kallat Valiumbältet.³⁹ Det var från västra Sverige som huvuddelen av patienterna på Hultafors kom, ofta efter att ha inlett en behandling på västsvenska kliniker.

Adventisterna, som från början följt en fysikalisk-dietisk linje enligt Kelloggs principer i en naturläketradition, har således behandlat neuroser med dragnig åt depression eller depression med deciderat psykiatriska behandlingsmetoder som insulin- och elchockterapi – till synes raka motsatsen till naturläkekonst och avspända kurortsvistelser. Någon polarisering mellan biologiskt-somatiskt respektive psykodynamiskt tankesätt går inte att urskilja i neurosvården på Hultafors.

En förklaring till detta kan vara deras syn på kropp och själ som odelbar helhet. Medicinska specialiteter och den institutionaliserade vården är inte uppbyggd utifrån insikten att kropp och knopp hänger ihop. Kurmiljöer som Hultafors har i regel haft som både utgångspunkt och mål att behandla hela människan. Privata kliniker har lockat till sig människor som velat vårda sina nerver och själar utanför lokalsamhällets synfält och mentalsjukhusens väggar – och som haft resurser att göra det. Dessa patienter har förväntat sig att få ta del av de senaste och förhoppningsvis mest effektiva behandlingsmetoderna, och adventistläkarna strävade efter att tillhandahålla dem. I flera länder lanserades elbehandling som ett lämpligt alternativ för vård utanför sjukhusen, även i neurologers och allmänläkares händer. Det gäller även adventisterna, som i *Sundhetsbladet* år 1950 beskriver hur en patient kan åka hem igen en timme efter elchockbehandlingen.⁴⁰ Det har föreslagits att svaga grupper – mentalt sjuka på slutna institutioner – har använts till och därmed bidragit till experimenterandet med och spridningen av psykiatriska behandlingsmetoder.⁴¹ Adventisternas vård visar att även starkare patientgrupper har bidragit till teknologins avdramatisering och spridning utanför den institutionaliserade psykiatrin. Just insulin- och elbehandlingens terapeutiska framgångar – trots biverkningar – har anförts som en bidragande faktor till att psykiatrin fick mer råg i ryggen under 1940-talet, vilket i sin tur bidrog till att psykiatriska diagnoser och behandlingsmetoder spreds till andra

medicinska domäner.⁴² Adventistläkarna i Sverige har av historiska skäl haft nära kontakter med den amerikanska medicinen, som blev ett starkt säte för den nya psykiatrin, men hade också nära kontakter med den svenska biologiskt orienterade psykiatrin.

Behandlingarnas natur kan också i sig ha bidragit till acceptansen av insulin och elchocker. Båda terapiformer innebär användande av vad som kan uppfattas som ”naturliga” medel, vilket alltid varit en strävan inom naturläkekonsten. Insulin är en kroppsegen substans, och elektricitet i olika former har använts sedan lång tid tillbaka i terapeutiskt syfte vid såväl kroppsliga som själsliga problem; Unhäll ordinerade även galvanisk och faradisk ström.⁴³

Den biologiska, somatiskt orienterade psykiatrin behöver differentieras och delas upp i åtminstone en farmakologisk respektive en fysikalisk gren. Elchockbehandling har historiskt inrangerats under rubriken fysikalisk terapi, och familjariteten med denna tradition kan ha underlättat adventisternas anammande av behandlingsmetoden. Idag är skillnaderna mellan olika användningar av elektricitet tydligare. Under senare tid har begreppet fysikaliska terapier alltmer likställts med vad sjukgymnaster, kiropraktorer och liknande gör i syfte att förbättra muskelstyrka och rörelseförmåga och lindra smärta. Elektricitet inom fysioterapi och en alternativ medicin har vanligtvis applicerats på andra kroppsdelar än huvudet och har syftat till att stimulera livsandarna, balansera kroppens elektromagnetiska fält, bidra till värmeutveckling och ökad blodgenomströmningen etc. Den lokalt applicerade elektriciteten i ECT har istället syftat till att framkalla en störning i hjärnan, en elektrisk aktivitet, där det är konvulsionen – ett slags epileptiskt anfall – som anses ha en terapeutisk verkan, medan elektriciteten bara varit det hittills bästa sättet att framkalla denna på; idag testas nya metoder i samma syfte.

Adventisternas neurosvård i Sverige har inkluderat fyra olika behandlingstraditioner: en fysikalisk, en farmakologisk, en psykoterapeutisk samt en mental sådan, med uppmuntran till tanke- och känslokontroll för de lindrigare sjuka. Specifikt för adventisternas vård var personalens religiösa tro och terapeutiska miljö som erbjöd en relation mellan personal och patient av närmast själavårdskaraktär. Människor kan ha sökt sig dit med sina livsproblem och svaga nerver för att söka tröst, stöd och en behandling som inte i samma utsträckning erbjöds inom den institutionaliserade psykiatrin. Den religiösa grunden för adventisternas vård kan ha bidragit till en odogmatisk inställning till världsliga medicinska paradigmer.

Å andra sidan väckte denna privata vård under sjundedagsadventistisk ledning också skepsis. Den offentliga vårdens huvudmän och försäkrings-systemet började i tider av ekonomisk åtstramning på 1990-talet att dra ner på antalet remitteringar. Ett minskat antal patienter var ett av skälen till att adventisterna lade ner sin vårdverksamhet kring sekelskiftet 2000.⁴⁴

Diagnos på neuros

Neurosdiaagnosen och de patientgrupper som burit den genom åren har modifierats i flera avseenden i takt med samhällsutvecklingen. Diagnosen har av kritiker ansetts vara en slasktratt för ospecifika hälsoproblem, underförstått att mer precisa diagnoser skulle vara önskvärda. Sedan några decennier tillbaka har den tidigare breda neurosdiaagnosen brutits ned i särskilda underkategorier utifrån dominerande symtombild som delvis förlorat anknytningen till ordet neuros. När det idag talas om ”kultursjukdomar” och ”nya” diagnoser som utmattningsdepression, kronisk trötthet, ångestneuros, generaliserat ångestsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och fibromyalgi, förefaller det till sitt innehåll vara det tidigare paraplybegreppet neuros som avses. Ohälsans orsaker har emellertid inte synliggjorts på ett motsvarande preciserat sätt. Den organiska eller psykosociala grunden för vad som kallats neuroser förefaller utifrån Hultaforsjournalerna 1939–1985 inte ha förändrats nämnvärt, utan är – i likhet med vad Pietikainen funnit – mer lika än olika över tid. Den obehagskännande människan finns kvar, medan kostymen växlat utseende med tidens mode, där ett känt aktuellt märke på kragen stavas DSM.

Summary

Neurosis. Patients, diagnoses and therapies in Seventh-day Adventist health care 1935–1985. By Motzi Eklöf. The international non-conformist denomination, Seventh-day Adventists (SDA), have since their foundation in North America in 1863, had a distinctive health care model for their members. They have also pursued an extensive international health care system, in line with their Christian mission. In Sweden, SDA were in charge of Hultafors Sanatorium between 1926 and 2002. According to a sample of 164 patient records from 1939–1985, a relatively large amount of the patients throughout the whole period were diagnosed with neurosis of some kind or other mental disorders, often in combination with (other) physical ailments. In many cases, a combination of physical, psychological and social problems, difficult to handle, are displayed in the patient records. The special treatment offered at Hultafors mainly consisted of diet, hydrotherapy and other physical therapies, combined with a psychotherapeutic approach, positive thinking and an offered Christian pastoral cure for those interested. Some patients were also treated with insulin injections, and from the 1940s onward, more psychopharmacological drugs and in some cases electroshock. Women, especially, were given psychopharmacological drugs without having a diagnosis categorized as a mental disorder. The article discusses how and why these different explicit psychiatric treatment technologies were used in combination in this specific medico-religious context. Among the proposed contributing factors discussed are the Adventist non-dualistic and holistic view of mind-

body, their ambition to offer the best and newest treatments possible outside psychiatric institutions and their strong links to American medicine. The development of Swedish public health care and health insurance from the 1950s also influenced patient categories at Hultafors.

Noter

1. Arbetet ingår i projektet ”Medicin, kultur och religion. Sjundedagsadventisternas hälso- och sjukvård under svenskt 1900-tal” med anslag från Vetenskapsrådet och Ekha-gastiftelsen samt stipendier från C. E. Wikströms fond och Harald och Louise Ekmans forskningsstiftelse.

2. De förändrade definitionerna kan följas i ex. *Nordisk Familjebok. Konversationslexikon och realencyklopedi* (Stockholm, 1913 resp. 1915); Wilhelm Wernstedt: *Medicinsk terminologi* (Stockholm, 1959 [1935]); Bengt I. Lindsog & Bengt L. Zetterberg: *Medicinsk terminologi* (Stockholm, 1975); *Nationalencyklopedins uppslagsverk* respektive ordbok <http://www.ne.se>; *Medikon* (Malmö, 2010). Se även Edward Shorter: *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era* (New York, 1992), särskilt kap. 8.

3. Edward Shorter: ”Private clinics in Central Europe 1850–1933” i *Social History of Medicine* 3:2 (1990), 159–195; Motzi Eklöf: *Kurkulturer. Bircher-Benner, patienterna och naturläkekonsten 1900–1945* (Stockholm, 2008).

4. Petteri Pietikainen: *Neurosis and modernity. The age of nervousness in Sweden* (Leiden & Boston, 2007); Henrik Karlsson: ”Kurortens betydelse för kronikervården 1880–1950” i Motzi Eklöf (red.): *Naturen, kuren & samhället. Vård på sanatorier och kurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011), 170–189.

5. Gunnar Holmberg: ”Den svenska psykiatrins ’filosofi’” i Gunnar Holmberg, Lennart Ljungberg & Curt Åmark (red.): *Modern svensk psykiatri* (Stockholm, 1968), 324; Edward Shorter: *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac* (New York, 1997), 143.

6. Gunnel Svedberg: ”Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft”, Institutionen för klinisk neurovetenskap, sekt. för psykiatri, Karolinska institutet (Stockholm, 2002).

7. Pietikainen: *Neurosis and modernity*; se även ex. Svenbjörn Kilander: ”*En nationalrikedom av hälsoskatter*”. *Jämtland och industrisambället 1882–1910* (Möklinta, 2008).

8. Karin Johannisson: *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* (Stockholm, 1994), 148; Pietikainen: *Neurosis and modernity*, 15, 150.

9. Innehållet i avsnittet utvecklas närmare i Motzi Eklöf: ”Missionerande medicin. Sjundedagsadventisternas internationella hälsoreform och vårdinrättningar i Sverige” i *Svensk medicinhistorisk tidskrift* 12:1 (2008), 119–141.

10. Ronald L. Numbers: *Prophetess of health. A study of Ellen G. White* (New York, 1976); James C. Whorton: *Nature cures. The history of alternative medicine in America* (Oxford, 2002).

11. Eklöf: ”Missionerande medicin”.

12. Motzi Eklöf: ”Svensk massage – en internationell historia” i Torbjörn Gustafsson Chorell & Maja Bondestam (red.): *In på bara huden. Medicinhistoriska studier tillägnade Karin Johannisson* (Nora, 2010), 65–85.

13. Richard W. Schwarz: *John Harvey Kellogg, MD* (Nashville, 1970); Albert Wirz: *Die Moral auf dem Teller. Dargestellt an Leben und Werk von Max Bircher-Benner und John Harvey Kellogg* (Zürich, 1993).

14. Ingemar Lindén: *Biblicism apokalyptik utopi. Adventismens historiska utveckling i USA samt dess svenska utveckling till och med 1939* (Uppsala, 1971).

15. Hultafors *Sanatorium 1926–1951* (Göteborg, 1951).

16. Se i stort sett varje nr av *Sundhetsbladet* 1927–67.

17. ”Alkoholproblemet har allvarliga aspekter för kvinnorna” i *Sundhetsbladet* 27:11 (1953), 7–8.

18. Paul Lindvall: *Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935–1990*, CMT rapport 1996:8 (Linköping, 1996).

19. Eklöf: *Kurkulturer*, 232f.

20. Isak Unhäll: "Om nerver" i *Sundhetsbladet* 26:11 (1952), 207.

21. Motzi Eklöf: "Plikten till ett glatt sinnelag. Hultafors Sanatorium och den inre vårdmiljöns betydelse enligt sjundedagsadventisterna" i Eklöf (red.): *Naturen, kuren & samhället*, 275–302.

22. *Hultafors Sanatorium 1926–1951*, 5.

23. Patientjournalerna från Hultafors Sanatorium (Landsarkivet i Göteborg) är uppdelade på två samlingar. Den första består av journalkort ordnade årsvis och i alfabetisk ordning efter senaste behandlingstillfället 1939–1965. Vissa patienter kan ha noterade besök från 1920-talets sista år. Här har de fem första korten från lädor med olika begynnelsebokstäver och från vart femte år 1940–65 samt fem från 1939 och 1963 studerats, sammanlagt 69 kort (ett kort missat). Den andra journalsamlingen består av journalmappar i A4-format sorterade utifrån födelseår 1879–1929. Urvalet består av de fem första journalerna för patienter födda vart femte år samt de fem första i var 20:e volym, sammanlagt 95 journaler. Tidsperioden sträcker sig här från 1966 till 1985. Återigen gäller att journalerna kan innehålla noteringar från tidigare vistelser på Hultafors, tillbaka till 1920-talet. Källhänvisning till specifika journaler finns hos artikelförfattaren.

24. Intervjuer med Yvonne Johansson Öster (2007, 2008) och Hans Löfgren (2008), tidigare verksamma på Hultafors Sanatorium som kaplan respektive läkare.

25. Det sjukdoms- och dödsorsaksklassifikationssystem som Världshälsoorganisationen tog ansvar för efter andra världskriget heter *The International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (ICD). Den sjätte versionen antogs år 1948 och infördes i Sverige år 1951. Senare revisioner genomfördes åren 1958, 1969, 1987 och 1997. I ICD-6 fanns en kategori nr V med mentala sjukdomar (*morbi mentis*), som delades in i sinnessjukdomar (psykos), patologisk personlighet respektive psykoneuroser. I ICD versionerna 6 och 7 talades om psykoneuroser huvudsakligen som reaktioner (reactio xx), medan somatiserade psykoneuroser klassificerades utifrån vilka organsymtom som var mest framträdande: cirkulationsorganen respektive digestionsorganen. Från ICD-8 som gällde från

1969 bakades neuroser samman med patologisk personlighet och andra mentala, icke-psykotiska rubbningar. Här återfinns även alkoholism, narkomani samt psykosomatiska sjukdomar. Här hade man slutat tala om neuroser som reaktioner. De beskrevs istället kort som neurasteni, depressiva neuroser, fobi, hysteri, hypokondri osv. I och med ICD-9 från 1987 översattes *morbi mentis* med psykiska störningar, som nytt paraplybegrepp. Se www.socialstyrelsen.se.

Även om den svenska medicinal- och senare socialstyrelsen officiellt använt sig av ICD, har inom psykiatri i praktiken åtminstone sedan 1980-talet ett annat system använts: *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), framtaget av den amerikanska psykiatriska föreningen. Även där talades länge om neuroser som reaktioner. DSM-III från år 1980 presenterade emellertid en ny klassificering som avskaffade neuroserna till förmån för en rad mer preciserade diagnoser utifrån dominerande symtombild, såsom panikångest etc. Denna diagnosmanual har betecknats som startskottet för en ny "diagnostisk psykiatri".

26. Stavfel och språkfel bibehållna.

27. Pietikainen: *Neurosis and modernity*, 254ff, 358ff, 281ff.

28. Jan-Otto Ottosson: *Psykiatri i Sverige. Vägval och vägvisare* (Stockholm, 2003), 35, 124.

29. Se ex. David Healy: *The creation of psychopharmacology* (Cambridge, Mass., & London, 2002); Ingrid Carlberg: *Pillret. En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader* (Stockholm, 2008); Fredrik Svenaeus: *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen* (Nora, 2008).

30. Att depression blev en bredare sjukdom i senare DSM, har hänförts till att amerikanerna vidgade begreppet för att så många patienter som möjligt skulle få ersättning för läkemedel från sin sjukförsäkring.

31. Per Nettelbladt, Mats Bogren & Cecilia Mattisson: "Lundbystudien har uppdaterats med ny fältundersökning" i *Läkartidningen* 105:1–2 (2008), 34–38. Kategorin neuros användes i studien för de icke-psykotiska störningarna och inkluderar ångest, depression och somatoforma störningar.

32. Edward Shorter & David Healy: *Shock therapy. A history of electroconvulsive treat-*

ment in mental illness (New Brunswick, N.J., & London, 2007).

33. Johannisson: *Den mörka kontinenten; Pietikainen: Neurosis and modernity*.

34. Anders Lundin: "Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten" i *Läkartidningen* 105:44 (2008), 3123–3127.

35. Carlberg: *Pillret*, 171; "Begränsa förskrivningen av neuroleptika", <http://www.lakemedelsverket.se> (2007-11-06 [1999-12-20]).

36. Intervju med Hans Löfgren.

37. Shorter: *From paralysis to fatigue*, 260; Shorter: *A history of psychiatry*, 154, 239.

38. Antoni var neurologins ämnesföreträdare mellan åren 1931 till 1954. Nils Antoni: "Nervsystemets sjukdomar" i Adolf

Lichtenstein (red.): *Hedenii Terapeutiska Vademecum* (Stockholm, 1948), 450–451. Jfr Unhäll: "Om nerver".

39. För översikter se Carlberg: *Pillret*, 111; Svenaeus: *Tabletter för känsliga själar*, 106.

40. "Elektrisk chockbehandling. Ett modernt medel mot nervösa och psykiska sjukdomstillstånd" i *Sundhetsbladet* 1950, 24:12, 230–232. Artikeln är en översättning från en amerikansk systertidskrift.

41. Lindvall: *Introduktion av nya teknologier*.

42. Shorter & Healy: *Shock therapy*, 51, 81.

43. Enligt Isak Unhälls anteckningsböcker, Unhälls privata arkiv, Hultafors.

44. Eklöf: "Missionerande medicin".