

13 I GALENSKAPENS GRÄNSLAND – SLUTDISKUSSION

UNDER 1930- OCH 40-TALEN var det, som jag visat i denna bok, inte bara på en teoretisk nivå som diagnoser som psykopati och kverulansparanoia kunde användas för att karakterisera och kategorisera människor. Diagnoserna användes även mer eller mindre i flitigt i praktiken, för att omhänderta människor inom ett psykiatriskt problemhanteringssystem, om de på ett eller annat sätt upplevdes som besvärliga för samhället i snävare eller vidare mening.

Det här är en hantering som kan betraktas från flera håll. Utifrån läkares och myndigheters synvinkel framstår samhällsskyddet som ett överordnat motiv. Så också från patienternas, även om de oftare ifrågasatte behovet av skydd. Oavsett synvinkel innebar hanteringen en tydlig begränsning av medborgerliga rättigheter för människor som på ett eller annat sätt rört sig utanför gränserna för det samhälleligt acceptabla i utövandet av medborgerliga dygder. Det kunde handla om att de gjort för lite, men också om att de gjort för mycket.

Begränsningen bestod i första hand av frihetsinskränkning – antingen en mer absolut sådan i form av inspärning på obestämd tid, eller en relativ i form av till exempel försöksutskrivning med regelbunden övervakning. Men det kunde också gå så långt som till omyndigförklaring, även om denna åtgärd inte tycks ha använts rutinmässigt. Av materialet i Sinnessjuknämndens akter framgår att patienter med diagnoser som psykopati och kverulansparanoia ofta resonerade kring sig själva som medborgare, och då i synnerhet i det att de hävdade att deras medborgerliga rättigheter kränkts, medan läkare och myndigheter sällan reflekterade kring patienterna i termer av medborgarskap.

Både psykopati och kverulansparanoia var diagnoser i gränslandet mellan friskt och sjukt och på så sätt mycket användbara för klassificering

av beteendemönster som rörde sig på eller bortanför gränsen för det socialt acceptabla. Av olika skäl var de också svåra att skaka av sig för den som en gång etiketterats.

Kverulansparanoia var en ganska snävt definierad diagnos. Det sågs också till skillnad från psykopati som en egentlig sjukdom. Vid den tid jag fokuserat på betraktades det i regel mer specifikt som ett psykogent reaktionstillstånd. Detta var dock ett slags diagnos som också anknöt till samtida teorier om psykopatiska personligheter, genom att tillstånd som kverulansparanoia främst eller enbart antogs drabba särskilt disponerade personer. Att diagnostisera någon med riktig kverulansparanoia var emellertid en invecklad uppgift, eftersom sjukdomen förutom en viss disposition också krävde en utlösande händelse, och denna mycket väl kunde vara verklig och helt rimligen irriterande. Det som antogs skilja ut äkta kverulanter från andra människor var just fixeringen vid oförrätten och det intensiva och repetitiva beteende som utlösts av denna. Och det enda som kunde bedömas utifrån av detta var beteendet. Trots att psykiatriker redan då diagnosen var relativt ny hade varnat för att förlita sig på magnituden av inlagor till myndigheter och annan kverulerande aktivitet i bedömningen av misstänkta kverulansparanoiker, var det därför i praktiken ändå det som gjordes. Bedömningen försvårades av det paradoxala faktum att det krävdes än mer skrivande till myndigheter – det vill säga uttryck av förmodade sjukdomssymptom – för att alls ha en chans att ta sig ur problemhanteringssystemet.

Att skriva mängder av klagobrev behövde dock inte leda till just en kverulantdiagnos. Många psykopatklassade patienter var också mycket flitiga brevskrivare; däribland flera av dem som jag diskuterat närmare i denna bok. Den musiker som nämndes i kapitel 4, och som klassificerades som kroniskt hypoman och infantil psykopat, är ett annat intressant exempel. Musikerns personakt framstår som en av de mer omfattande i Sinnessjuknämndens arkiv, vilket inte minst beror på att han själv skrev mängder av brev till nämnden, betydligt fler än många av de kverulantklassade patienter jag hittat. Intressant nog omtalas han ändå aldrig som kverulant i källorna. Sannolikt för att han, trots idogt skrivande och upprepade förfrågningar om att bli utskriven, knappast kunde anses uppvisa någon av de känslor som sågs som karakteristiska för kverulansparanoia – kränkhet och ilska (även om han ofta framhöll att han blivit missuppfattad). Tvärtom: musikern framstår snarare som alltför glad, sorglös, och därtill uppfinningsrik. Överlag framstår skrivande som en aktivitet som kunde tolkas mycket olika beroende på vem skribenten var. Som jag visat i flera av mina fallstudier kunde också litterärt skrivande få en avgörande betydelse för diagnostik och prognosbedömning, åtminstone i fall med kvinnliga ”psykopater”, där skrivandet kunde tolkas i linje med föreställ-

ningar om kvinnors skrivande som ett patologiskt uttryck, men också betraktas mer neutralt eller rentav positivt. Huruvida skrivandet spelade en gynnsam eller ogynnsam roll för patienterna i förhandlingarna med läkare och myndigheter verkar ha varit mycket klassbundet.

Om kverulansparanoia var en snäv diagnos, kunde psykopati å sin sida beteckna ett mycket brett spektrum av abnormiteter, som hade det gemensamt att de inte behövde uttrycka sig i egentlig sjukdom, och inte heller orsaka några intellektuella handikapp. Som jag visat fungerade begreppet också mycket inkluderande i praktiken. Psykopatidiagnosens specifika elasticitet skapade stort manöverutrymme för läkare och myndigheter i jakt på olika sätt att handskas med människor som på ett eller annat vis upplevdes som besvärliga för omgivning och samhälle. Denna töjbarhet uppfattades och utnyttjades också av många patienter. Psykopatklassade patienter var som redan statistiken visar osedvanligt aktiva i att ifrågasätta sin diagnos. Jag har knappast heller själv sett några exempel på patienter som identifierade sig med diagnosen och de svagheter den implicerade, inte heller på att förmodade psykopater tog till sig den stigmatiserande beteckningen på ett emancipatoriskt sätt, för att vända dess betydelse till något positivt. I stället handlade det i de flesta fall om en stark, om än inte alltid total, disidentifikation.

Men patienterna befann sig i underläge gentemot såväl psykiatrikerna med deras vetenskapliga tolkningsföreträdare som myndigheterna med deras exekutiva makt. De kunde visserligen klaga, och efter det att den nya sinnessjuklagen trätt i kraft i början av 1930-talet kunde de också förvänta sig ett svar. Men de kunde inte begära att någon verkligen skulle lyssna på dem.

Den mest avgörande faktorn för förhandlingarnas utgång, oavsett om det gällde kverulanter eller psykopater, verkar ha varit vilken attityd den ansvariga sinnessjukhusläkaren hade till den enskilda patienten, och till vilken grad denna läkare var förmögen att få Sinnessjuknämnden på sin sida. Denna attityd påverkades dock i hög grad av vem patienten var.

Mina fallstudier visar att ett antal faktorer kom att påverka bedömningen av människor som uppfattades som besvärliga, och att de kunde göra detta på olika, intersektionellt samspelande och ibland paradoxala sätt. Klasstillhörighet var en faktor som fick stor betydelse för hur patienter bedömdes, positionerades och kategoriserades. Klass – i form av ekonomiskt, kulturellt och socialt kapital – spelade också tydligt in i bedömningen av patienters framtidsutsikter, liksom i bedömningen av deras trovärdighet och respektabilitet. Ibland tog sig klassfördelar väldigt konkreta uttryck, som då professor Wilhelm G. kunde mobilisera sina resurser för att anlita en rad advokater. Kön spelade också roll, och detta blev särskilt tydligt i förhållande till sexualitet. Sexualitet var en betydelsefull

faktor i bedömningen av män med homosexuellt beteende och av kvinnor överlag, men på mycket olika sätt. För kvinnor var förekomsten av utomäktenskapliga heterosexuella relationer i regel till allvarlig nackdel i förhandlingarna med läkare och myndigheter, medan det för män som tidigare haft sexuella relationer med män tvärtom kunde verka som en avgörande fördel. För män som antogs vara otvetydigt heterosexuella spelade inte sexualiteten någon avgörande roll i förhandlingarna, åtminstone så länge den inte riktade sig mot minderåriga. Patienter med två eller flera statussänkande kategoriseringsgrunder utöver sin diagnos – som arbetarklass i kombination med suspekt sexualitet – hamnade lätt i ett särskilt dåligt förhandlingsläge.

Känslouttryck spelade genomgående en viktig roll i bedömning och diagnosticering av såväl psykopater som kverulanter. Vid förmodad kverulansparanoia handlade det i första hand om uttryck för vrede och känslor av att vara motarbetad, förföljd och berövad heder och ära, vilka regelbundet omtalades som affekter. Ilska, kränkthet och revanschlystnad var följaktligen problematiska känslor att visa upp för kverulanter. För den som fått diagnosen kunde det dock också vara ett problem att visa sig alltför lugn och behärskad, eftersom kverulansparanoia tänktes vila på en psykopatisk grund.

Psykopati var en mer komplex diagnos och det gjorde också att bedömningen av känslouttryck blev mer komplicerad. Överlag kan dock sägas att psykopati – i både teori och praktik – betraktades som en typ av abnormitet som i huvudsak uttrycktes i en brist på normala känslor. Men det antogs inte nödvändigtvis handla om avsaknad av känslor. Ett abnormt känsloliv tänktes kunna ta sig uttryck i såväl känslökyla som överdrivna känslreaktioner, bland annat beroende på typ av psykopati. Också här talades i termer av negativa och destruktiva ”affekter”. Hur olika känslouttryck tolkades och åberopades i praktisk diagnostik varierade dock starkt. Olika känslouttryck kunde resultera i olika subdiagnoser eller diagnoskombinationer, och de givna subdiagnoserna kunde sedan i sin tur påverka tolkningen av framtida känslouttryck. Här fanns en klar risk för cirkelresonemang, som också kunde prägla förhandlingar om friskhet för personer som en gång fått diagnosen.

Detta gällde också för kverulanter, vilket kan förklaras av att de även om de antogs drabbade av en ”äkt”, psykogent utlöst kverulansparanoia också antogs ha en form av psykopatisk personlighet i botten.

En komplikation var att det inom ramen för en satt psykopatidiagnos var lätt att tolka egenskaper som annars, i en ”normal” kontext och i ”lagom” proportioner, sågs som positiva, som uttryck för psykopati. Lugn kunde tolkas som känslökyla, självkontroll som hänsynslöshet, flexibilitet som hållningslöshet och skämsamhet som infantilitet. För personer

vars problem en gång definierats i termer av störning eller abnormitet snarare än sjukdom utgjorde detta ett svårlöst dilemma. Till exempel var sinnesfrid för patienter med psykopatidiagnos inte nödvändigtvis en positiv känsla att kunna visa, då detta kunde leda tankarna till de typer av psykopater som Bror Gadelius ville klassificera som antisociala. Men det var knappast heller strategiskt att visa motsatsen till sinnesfrid, då det kunde peka mot andra typer av psykopati.

I praktiken verkar det ha varit till fördel för de flesta patienter om de lyckades manifesteras tecken på en mer genomsnittlig grad av känslsamhet. Detta betydde inte att svenska psykiatriker såg det som möjligt för psykopater att återhämta sig från sin grundläggande abnormitet. Där emot kunde de bedöma dem som kapabla att mogna i den meningen att de kunde lära sig att hålla sina symptom under kontroll. Till och med Herman E., den sadistiske pedofilen som torterat en nioårig pojke till döds på det brutalaste vis, kunde så småningom bedömas vara av "försumbar fara för samhället". Det här betydde inte att den ansvariga läkaren bedömde patienten som vare sig tillfrisknad eller moraliskt förbättrad i någon mer grundläggande bemärkelse. Ur praktisk synvinkel var det dock enligt läkaren av mindre betydelse om ett gott uppförande grundades i en djupt känd moralkänsla eller en låtsad sådan.

I förhandlingar om utskrivning eller försöksutskrivning kunde läkare som ville behålla patienterna inom psykiatrin använda psykopati-begreppets flexibilitet till sin fördel – åtminstone så länge de kunde få Sinnessjuknämnden med sig på båten. Och Sinnessjuknämnden ställde sig – trots att den inrättats i det uttalade syftet att stärka patienters rätts-säkerhet – sällan på patienternas sida gentemot sjukhusläkarna. I de fall nämnden avvek från läkarnas bedömning handlade det oftast om att den intog en hårdare hållning. Detta indikeras av de personakter jag studerat, och de förhandlingar de blottlagt, och intrycket bekräftas av nämndens egen statistik. Statistiken visar att sjukhusläkare och nämnd var överens i de flesta ärenden, men att Sinnessjuknämnden oftare intog den hårdare linjen i de fall där bedömningarna skiljde sig åt. En mer nyanserad bild av hur Sinnessjuknämndens ledamöter resonerade i enstaka fall är dock oftast svår att få utifrån detta material, då nämndens svar var så standardiserade i sin utformning. I ett par av de mest komplicerade kverulantfallen – det med professor Wilhelm G. och det med komminister Eskil N. – går det att få en lite mer nyanserad bild, då Sinnessjuknämnden i dessa fall kom i direkt kontakt med patienterna och dessa möten i någon mån finns dokumenterade. Dessa fall framstår dock som ganska ovanliga i det avseendet. Fallet Eskil N. utmärker sig också genom att Sinnessjuknämnden skickade medicinalrådet Peder Björck till prästens hemtrakt för särskild utredning.

Att läkare och sinnessjuknämnd hade tolkningsföretråde betyder dock inte att endera parten agerade entydigt repressivt. Diagnoserna kunde användas för att skapa ordning, men de kunde också leda till oordning genom att patienterna opponerade sig mot dem. Också detta var något som krävde balanssinne. Flera skäl talade för att gå patienternas önskemål till mötes – åtminstone så länge det var försöksutskrivning de begärde. För det första var det underförstått att kurativ vård var i princip meningslös för psykopater, eftersom den grundläggande abnormiteten sågs som statisk och omöjlig att åtgärda. För kverulansparanoiker sågs åtminstone längre sjukhusvistelser som direkt kontraproduktiva. För det andra, även om sinnessjukvården byggdes ut kraftigt i Sverige under denna period fanns ett fortsatt behov av att prioritera bland patienterna så att de mest behövande fick de platser som fanns. För det tredje fanns mer renodlat ekonomiska motiv. Utskrivningar, på försök eller permanent, kunde spara pengar åt sinnessjukvården, samtidigt som de omvandlade patienter till potentiell arbetskraft. En genomgående önskan för alla intressenter (samhället i stort, psykiatrin, lokalsamhället, patienterna själva och deras familjer) var att människor skulle kunna försörja sig självständigt och bidra till nationens välbefinnande genom produktivt arbete, och de flesta av de patienter som jag har studerat var bevisligen arbetsföra och arbetsvilliga. Vissa var till och med anmärkningsvärt kapabla i sin yrkesverksamhet.

Läkare och myndigheter kunde alltså se både ekonomiska och terapeutiska fördelar med att ge patienterna ökad frihet – så länge de kunde sköta ett arbete och inte utgjorde ett omedelbart hot mot andra människor – och mina fallstudier visar också att de ofta agerade utifrån detta. Med undantag för vissa personer som betraktades som benägna till direkt våld var det inte alltför svårt för detta slags patienter att bli utskrivna på försök. Personakter och statistik visar att möjligheten till försöksutskrivning användes ganska frikostigt för patienter med psykopatidiagnos. Detsamma gällde för kverulanter. I dessa fall hände det som vi sett att även bevisligen våldsamma patienter skrevs ut på försök relativt snabbt, åtminstone om de hörde till de högre samhällsklasserna.

Dock bör man hålla i minnet att medan läkare och myndigheter kunde välja att använda sitt tolkningsföretråde på ett sätt som gick antingen i linje med eller tvärt emot patienternas önskemål, hade patienterna inget sådant val. De hade rätt att föra fram sina synpunkter, men liten makt över besluten. Mina fallstudier visar också att definitiv utskrivning – utan någon formell övervakning – var betydligt svårare att få. Detta krävde bevis för att patienten inte längre var farlig vare sig för sig själv eller andra, eller för samhället i stort, men också bevis för att hen inte heller skulle vara farlig på längre sikt. Det sistnämnda kravet var extra svårt att uppfylla för personer som blivit diagnostiserade med psykopati, på grund av

föreställningen att de var konstitutionellt abnormalt. Särskilt svårt var det om de visat sig våldsbenägna.

Att bli förklarad som själsligt frisk var ännu svårare; här verkar det som om det var svårt att ens väcka frågan. Friskförklaring var ofta en avgörande fråga för patienter som tog så starkt avstånd från sin diagnos som i dessa fall. För läkarna däremot framstår det som en ganska oviktig fråga, eller rentav meningslös, beroende på hur övertygade de var om att en grundläggande förbättring var omöjlig. På så sätt spelade det egentligen ingen roll hur väl patienterna kunde bete sig. Allting kunde tolkas som en fasad, med en fortsatt lika svår störning bakom.

Den offentliga statistiken listade årligen ett antal psykopater som "tillfrisknade" eller, efter 1930, som "återställda". Vad det handlade om i praktiken var dock att de blivit utskrivna, inte friskförklarade. Undantag kan ha funnits. Hustru- och barnamördaren Bertil K., som skrevs ut som återställd 1940, är ett exempel. Där handlade det dock inte om att läkare eller myndigheter ansåg honom tillfrisknad från sin psykopati, utan om att han – åtminstone av den läkare som hade ansvaret för honom – uppfattades som feldiagnosticerad.

Att själv hävda att man var psykiskt frisk framstår som en meningslös och ibland direkt kontraproduktiv strategi. Mitt exempel med Martin E., den "hysteroide" ingenjören, visar att det tvärtom kunde vara värt att göra raka motsatsen, nämligen att visa sig medveten om sin patologiska konstitution. Det faktum att Martin E. vid två tillfällen återvände frivilligt till sjukhuset kunde senare återropas av hans läkare inför Sinnessjuknämnden, som bevis för att Martin E. hade rätt inställning till psykiatrin och därmed var tillräckligt sansad för att kunna skrivas ut. Abortören Ester J. är ett ännu bättre exempel. Genom åren fortsatte Ester J. förgäves att hävda att hon var fullt frisk och arbetsför, och alltid hade varit det. Men alla försök att ifrågasätta diagnosen avfärdades som kverulans och abnorm besvärlighet, samtidigt som Ester J:s i vardagslag goda humör också det lyftes fram som ett potentiellt tecken på abnormitet. När den ansvariga psykiatrikern Ruth Svensson slutligen gav sig inför Ester J:s önskemål om frihet, till den grad att hon förespråkade definitiv utskrivning, var den avgörande faktorn att Ester J. och hennes fästman, sedan deras äktenskapsplaner ifrågasatts i grannskapet, hade dragit sig stillsamt tillbaka, visat upp en viss men inte överdriven besvikelse, och slutligen låtit läkare och myndigheter besluta om deras framtid.

Att få stöd av andra i sin kamp för upprättelse var inte heller självklart till hjälp. För det första var tillgång till användbara bundsförvanter mycket en fråga om klass och socialt kapital. För det andra gick förmåga att engagera andra för ens sak, för den läkare som så ville, lätt att hänföra till manipulativ begåvning och psykopatens förmåga att spela med andras

känslor trots att hens eget känsloliv var stort. Eller, alternativt, till kverulansparanoikerns förmåga att genom sin oöverträffade energi och sitt logiska sätt att resonera få med andra i sin övertygelse och kamp för rättvisa. Begrepp som *folie à deux* och föreställningar om att kverulanter genom sin energiska framtoning kunde inducera rena psykosor hos personer i sin omgivning kunde också komma till hjälp här.

I sin artikel om psykopati som ett administrativt gränsbegrepp ser Magnus Hörnqvist en sentida progression i debatten kring psykopati och psykopater, där frågor om tillräknelighet sedan ett par decennier tillbaka ersatts av frågor om risk. I kontrast till detta står Greg Eghigians iakttagelse av hur diskussionerna i Tyskland, med början hos Birnbaum, redan kring utbrottet av första världskriget började glida från beskrivningar av psykopatiska tillstånd mot frågor om hantering av potentiellt hotfulla individer – psykopater. Det vill säga mot den typ av riskbedömning som Hörnqvist syftar på. (Eghigian påpekar dock att det utbredda talet om fara i det tidiga 1900-talets Tyskland inte innebar att man gjorde riskbedömningar i mer epidemiologisk mening.) En slutsats som kan dras av min undersökning är att frågorna om tillräknelighet och risk *båda* var högst levande under svensk mellankrigstid och inte på något sätt uteslöt varandra. Begreppet otillräknelighet, om än starkt ifrågasatt i samtidens psykiatriska och filosofiska diskurs, användes flitigt i 1930- och 40-talens Sverige för att straffrifyrkla såväl ”psykopater” som ”kverulansparanoiker” och andra förmodat sinnessjuka brottslingar. Däremot handlade prognostiska utvärderingar och förhandlingar kring utskrivning av psykopater redan på 1930-talet nästan uteslutande om huruvida patienten i framtiden kunde orsaka besvär (inklusive besvär med att försörja sig själv) eller fara för sig själv eller omgivningen. I dessa förhandlingar var tillräkneligheten vid brottstillfället en icke-fråga. Tidigare tecken på farlighet var däremot viktiga i riskbedömningen. Men, och det är viktigt att understryka, farligheten bedömdes aldrig som ett rent socialt problem i denna kontext. I bedömningarna av farlighet och besvärlighet hos dem som kategoriserats som psykopater åberopades i princip alltid en kroppsligt förankrad störning vars särdrag var att den i grunden var opåverkbar, även om dess konsekvenser i viss mån kunde stävjas. Om störningen var ärftlig eller ej var däremot en underordnad fråga i den praktiska hanteringen, även om frågor om ärftlighet var ett stående inslag i de inledande psykiatriska undersökningarna.

Verksamt i skärningspunkterna mellan sjukt och normalt, mellan patologi och brottslighet, mellan faktiska beteendemönster och potentiella hot kunde psykopatibegreppet fungera överbryggande likaväl som gränsmarkerande, och som en medicinsk kategori på samma gång som en administrativ. Viktigt i sammanhanget var också begreppsparet omognad-

mognad, som kunde mobiliseras på en rad olika sätt. Psykopatidiagnosens elasticitet skapade som sagt flexibla möjligheter för läkare och myndigheter i behov av verktyg för att hantera människor som uppfattades som problematiska och besvärliga för samhället, ett upplevt behov som sannolikt accentuerades under mellankrigstiden, då såväl nya demokratiska institutioner som ett växande medieutbud ökade möjligheterna för människor att göra sig hörda publikt. Från patienternas perspektiv skapade samma elasticitet däremot dilemman snarare än möjligheter. Även om de lyckats bevisa sig vara icke-sinnessjuka, kunde de som en gång kategoriserats som abnorma fortfarande bedömas som farliga, och hade de visat sig ofarliga kunde de ändå bedömas som potentiellt farliga. Om de betedde sig för aggressivt, kunde detta lätt tas som bevis för farlighet och därmed behov av kontroll och inspärning. Men det fanns också en risk att diagnosen befästes om människor kategoriserade som psykopater betedde sig alltför lugnt eller rationellt. Slutligen, om människors beteende varierade kunde variationerna ses som olika manifestationer av en underliggande abnormitet, eller som uttryck för kombinerade former av psykopati.

De senaste decenniernas psykiatrihistoriska forskning har öppnat för en rad studier av hur anhöriga och närsamhälle spelat en viktig och ofta avgörande roll vid intagning av patienter på sinnessjukhus. Vad denna studie kan visa är att inte heller utskrivningsprocessen låg helt i läkarens händer, eller ens var en enkel förhandling mellan läkare, patient och myndigheter. Inte sällan var det fråga om långa processer där aktörer utifrån spelade en viktig roll för att besvara frågan om patienten var tillräckligt återanpassad till livet utanför sjukhusmurarna.

Att uppförandet, inom och utanför sjukhuset, var av avgörande vikt för chans till utskrivning var inte något som skiljde psykopater från andra kategorier av patienter. Men psykopatidiagnosen bar på en extra komplikation i det att det för förmodade psykopater inte självklart var nog att visa sig lugn och förmögen att tygla beteenden som kunde upplevas som problematiska ute i samhället. Läkare och myndigheter kunde nöja sig med detta, men de kunde också om de ville spela ut det kort som handlade om en latent och obotlig besvärlighet, som när som helst kunde bubbla upp till ytan. Diagnosen kverulansparanoia fungerade på ett liknande sätt, även om problematiken här var mer knuten till geografi än biologi. Här var det närmast så att patienterna förväntades uppföra sig behärskat och rationellt på sjukhuset, på tillräckligt avstånd från sina externa smärtpunkter, samtidigt som det fanns farhågor för att de gamla problemen skulle dyka upp igen så snart patienten hamnade i fel miljö.

Psykopati och kverulansparanoia var tidstypiska diagnoser som uppenbarligen hjälpte till att fylla vissa samhällsbehov. På det sättet kan de definitivt karakteriseras som kultursjukdomar. Den som talar alltför

ospecifikt om kultursjukdomar riskerar dock att blunda för maktdimensioner och måla upp en falskt hegemonisk bild, som döljer det faktum att många i samtiden också kan ha ifrågasatt diagnoserna. Diagnoser på modet är ofta kontroversiella, och det gäller särskilt diagnoser som kan vara användbara för andra ändamål än strikt medicinska. Ett vagt prefix som ”kultur-” kan också skymma det faktum att samma diagnos kan fylla olika funktioner i olika sammanhang och för olika människor, även inom samma föreställda kultursfär. Ibland kan den hjälpa till att överbrygga, ibland kan den bidra till att dra gränser, och ibland kan den tjäna till att stänga ute eller låsa in.

Ännu en sak som bör noteras är att min analytiska gränsdragning mellan sjukhusläkare, sinnessjuknämnd och tongivande röster i svensk psykiatriveenskaplig diskurs visat sig vara en fråga om gränsdragning mellan positioner snarare än mellan personer. Den svenska psykiatrikerkåren var ännu ganska liten under 1900-talets första hälft och ett antal läkare (bland dem Viktor Wigert, Olof Kinberg, Bernhard Jacobowsky, Anna-Lisa Annell och Alfred Petrén) satt på flera stolar samtidigt, som akademiska skribenter och/eller läroboksförfattare, som bedömande rättspsykiatriker och/eller sjukvårdsläkare, och som tjänstgörande i Sinnessjuknämnden. Några var också aktiva i en mer publik debatt.

Konsekvenserna av dessa överlappande roller är något som med fördel skulle kunna undersökas på ett mer systematiskt sätt än här. Så också hanteringen av psykopatklassade personer inom andra problemhanterings-system än det psykiatriska.