

Mentalhygieniska arbetsmodeller i det sociala arbetet

Dispensären, den kliniska blicken och fallbeskrivningen

Katarina Piuva

Avsikten med den här artikeln är att samla tankarna och fördjupa diskussionen kring de Foucault-inspirerade perspektiv och metodologiska ansatser som jag tidigare använt i avhandlingen *Normalitetens gränser. En studie om 1900-talets mentalhygieniska diskurser*.¹ Då, i avhandlingen, och nu i denna artikel, är det beskrivningen av den kunskapsskapande processen i det medicinska kliniska arbetet som Foucault behandlar i den medicinhistoriska studien *Klinikens födelse* som är central.² David Armstrongs sociologiska tolkningar, speciellt beskrivningen av den medicinska dispensära arbetsmodellen, har varit till stor hjälp i förståelsen av Foucaults texter och i min tolkning av hur den svenska mentalhygieniska rörelsen påverkade utbildningen av socialarbetare under mitten av 1900-talet.³

Frågeställningar och källmaterial

Socialt arbete som vetenskapligt fält och professionell disciplin har skapats inifrån välfärdsstatens ideal och är sammansatt med stöd av många olika vetenskapliga kunskapsfält, vilket gör det komplicerat att skriva om det sociala arbetets historia. Dagens sociala välfärdsarbete etablerades just när den traditionella historieskrivningen blev "whiggish" och moderniteten blev "politisk"⁴. Under 1970-talet utmanades de ärofulla berättelserna om framgång och framsteg av flera sociala och kritiska perspektiv, bland annat av Foucaults historiska exposéer. Frågan om vilka arbetsmetoder som ska användas i socialt arbete har varit kontroversiell sedan ämnet blev ett eget forskningsfält 1977 och aktuella debatter tyder på att det är en kontroversiell fråga än i dag.⁵ Den mentalhygieniska rörelsen med det psykosociala konceptet är en av de influenser som har påverkat arbetsmetoderna i socialt arbete. I beskrivningen av mentalhygien och mentalhygieniska arbetsmetoder i *Normalitetens gränser* har jag främst studerat hur medicinska arbetsmodeller sökte sig till nya arbetsfält, utanför institutionernas murar.

Den medicinska dispensära arbetsmetoden, som innebar att man flyttade ut den medicinska sjukhuspraktiken till samhället, blev en plattform och en modell för andra vårdande professioner. Ordet dispensär förknippas vanligen med tuberkulosvård. Uttrycket kan i historiska beskrivningar härledas till medicinsk fattigvård, vilket betyder utdelning av gratis medicin (från latin: *dispensare* ”noga fördela”). Med tbc-dispensärerna som utgångspunkt erbjöds materiellt understöd, vård och hälsoråd. Risken för sjukdomens spridning krävde kontrollerande insatser och inte bara behandling. Samma idé tillämpades i förbyggande mödra- och barnhälsovård och i psykisk hälsovård. Socialt arbete, till exempel abortrådgivning och mentalhälsorådgivning bedrevs inom detta system, ofta i nära kontakt med medicinsk expertis. Med den mentalhygieniska rörelsen etablerades denna modell, kanske för att den medicinska förebilden framstod som ett föredöme och som mer ”professionell” än andra tidigare sociala arbetsmetoder.⁶

Med stöd av Foucaults beskrivning i *Klinikens födelse* av hur det medicinska kunskapsfältet etablerades som en vetenskap och en profession, kommer jag att diskutera professionaliseringen av den psykosociala grenen av det sociala arbetet under mitten av 1900-talet. På vilket sätt formades det mentalhygieniska arbetet av den dispensära praktiken och dess arbetsmodeller?

De historiska källorna i avhandlingen består av texter om mentalhygien producerade i Sverige mellan 1920-talet och fram till sent 1970-tal. Grunden för studien är vetenskapliga och populärvetenskapliga tidskrifter i ämnet psykisk hälsa, socialmedicin och socialpsykiatri. Källmaterialet har också bestått av statliga offentliga utredningar och andra myndighetsdokument om psykisk folkhälsa. Ett av spåren i källorna ledde till utbildningen av socialarbetare. De hade en viktig roll i den dispensära rådgivnings- och upplysningsverksamheten och många socialarbetare fick sin vidareutbildning i den *mentalhygieniska kursen* 1938–1970, senare *Påbyggnadskursen i psykosocialt behandlingsarbete* 1971–1989 vid Socialinstitutet och Socialhögskolan i Stockholm.⁷ Den Mentalhygieniska kursen var en av de första och sannolikt den populäraste vidareutbildningen av socialarbetare i Sverige. Den tillkom i syfte att ge praktiserande socialarbetare kunskaper och redskap för att utveckla sin yrkesroll. Det arkiverade material som jag studerat, och som är aktuellt för syftet med denna artikel, består bland annat av kursbeskrivningar, undervisningslitteratur och pedagogiskt övningsmaterial.

Närmast under rubriken, *Kultur- och vetenskapskritik som forskningsmetod*, försöker jag beskriva Foucaults texter, särskilt *Klinikens födelse*, har varit en inspirationskälla i förståelsen av det sociala arbetets samtidshistoria. Sedan introduceras de tre arbetsredskapen ”dispensären”, ”den kliniska blicken” och ”fallbeskrivningen”. Avslutningsvis diskuteras hur socialt arbete i form av psykosocialt arbete etablerades inom de mentalhygieniska praktikerna.

Kultur- och vetenskapskritik som forskningsmetod

Texter om Foucaults betydelse kan ge intrycket av att någonting fullständigt annorlunda började med Foucault och att detta annorlunda har sitt ursprung i Foucault. Det är mera rimligt att hävda att han fångade upp, formulerade, tillämpade och utvecklade en strukturalistisk och relativistisk idétradition.⁸ Genom sin utbildning i den franska traditionen och genom sin belästhet sammanfattade och formulerade han mycket av det som "låg i tiden". Om man letar efter tydliga metodanvisningar i hans texter så letar man förgäves. Men med hjälp av Foucaults lärare, Canguilhem, och genom att läsa de texter av Dumezil, Levi-Strauss och de Saussure som ingick i hans utbildning blir det lättare att följa tankegångarna.⁹ Foucault hänvisade nästan aldrig till dessa författare i sina texter, särskilt inte till de Saussure, vilket naturligtvis försvårar läsningen för oss som är skolade i andra traditioner än lingvistik och semiologi.

Det grundläggande i Foucaults metodologi är att han tillämpar de Saussures semiotiska modell om hur tänkandet styrs av språkets struktur.¹⁰ De Saussure, skrev inte någon metodbok. Verket, *Cours de linguistique générale* (1916) är sammansatt av anteckningar som en grupp studenter samlat under deltagande i föreläsningar mellan åren 1906 och 1911.¹¹ Spekulationer om huruvida dessa anteckningar är de riktiga, eller om det finns andra opublicerade anteckningar, har bidragit till att lägga ett mystiskt skimmer över den semiotiska forskningen.¹²

de Saussures tolkning av språket lyfter fram två viktiga dimensioner; språkets karaktär av ett system (*la langue*) och den sociala och oförutsägbara aspekten (*la parole*) som ger mening i språket och orsakar förändringar i det. En uppenbar parallell är kapitlet "Utsagan och arkivet" i *Vetandets arkeologi*.¹³ Många andra resonemang i Foucaults texter kan också föras tillbaka till semiologisk teori. Begreppen diakron/synkron analys kan tolkas som diskursers förändringar över tid (diakron) och studiet av mönster i samtida diskurser (synkron). Tillkomsten av ord genom tecknets dubbelsidighet (det signifierade/det signifierande) återkommer ständigt i Foucaults texter.

Foucault undvek konsekvent att diskutera den semiologiska metodens giltighet, han tillämpade den istället. Den semiologiska idén står i opposition till den hermeneutiska tolkningen, att leta efter den "egentliga" meningen i texter. Möjligheten att formulera något begripligt eller annorlunda eller något meningsfullt över huvud taget bygger, enligt semiologin, på de premisser som finns inbyggda i språkssystemet. Språkets struktur anger både gränserna och möjligheterna. Något förenklat kan man säga att han tillämpade språkvetenskapliga metoder i historiska och filosofiska undersökningar. Det är en av orsakerna till att hans texter är lika omskrivna och debatterade inom

språk- och litteraturforskning som inom psykiatrihistorisk forskning.¹⁴ Föreställningen att språket sätter gränser för vår förmåga att förstå har också orsakat kontroverser och otaliga diskussioner för och emot.¹⁵

Foucaults diskursiva metod med betoning på historiska brott och undersökningar i segment (historien som olika skikt) är en direkt utveckling av de Saussures och Levi-Strauss arbeten. Att betrakta historien som en serie av brott och förändringar var också en utgångspunkt i Canguilhems undersökningar. Canguilhems utforskningar kring medicinhistoria och kring begreppet normalitet återkommer ofta som referenspunkter i Foucaults texter. Premisserna för bildandet av kunskap i Foucaults diskursiva ordning kan också spåras till den semiologiska modellen om att nya betydelser skapas med hjälp av analogier och motsättningar. Två premisser är grundläggande.

Den första premissen handlar om analog kunskapsutveckling. Enligt denna utvecklas kunskap inom en disciplin i analogi med andra kunskapsområden. Ord, betydelser och begrepp förs över mellan kunskapsområden därför att de förefaller adekvata. Det klassiska exemplet i Foucaults författarskap är den analoga användningen av medicinska och biologiska begrepp i förklaringar och behandling av galenskap, en analogi som lade grunden för psykiatri, en disciplin inom medicinsk vetenskap.

Den andra premissen handlar om hur motsättningar organiserar vårt tänkande. Den säger att vad något *inte* är avgör till vilken kategori ett ting eller en egenskap ska placeras. Vi förstår något genom att dels placera det analogt, det liknar något annat, och dels binärt, genom att fastställa vad det inte är, eller vad det är motsatsen till. Enligt samma system kanske man kan säga att Foucault placerade "vansinne" som en motsats till "förnuft" och att denna indelning är styrande för hans idéer om kulturell självförståelse och för utvecklingen av psykiatri som vetenskap.

Semiologisk metod enligt Foucaults resonemang implicerar att vårt tänkande, särskilt vårt systematiska tänkande, är ett mycket bräckligt system. Om man tillämpar dessa spår på idéernas utveckling och vetenskapernas bildande så anför per automatik en kulturkritik. Framför allt raserar Foucault ett vetenskapligt självförtroende som bygger på att kunskap läggs till kunskap, och att det är möjligt att komma fram till säker kunskap om världens beskaffenhet.

Foucault har genomgående använt medicinsk och psykiatrisk praktik som objekt för sina studier och har därmed blivit en central gestalt inom medicinhistorisk och psykiatrihistorisk forskning. *Vansinnets historia* kom samtidigt, eller strax innan den anti-psykiatriska rörelsen och har sammankopplats med rörelsens institutionskritik och kritik av normalitetsbegreppet.¹⁶ Foucaults historiska exposé användes som ett belegg för riktigheten i den anti-psykiatriska rörelsens kritik mot traditionell psykiatri, som bränsle i en intern konflikt inom den psykiatriska professionen och som ett inlägg till förmån för

nya miljöterapeutiska arbetsmetoder.¹⁷ I ett längre perspektiv är det rimligare att betrakta *Histoire de la folie* som en del av Foucaults vidare projekt, att beskriva historien om självet i den rationella epoken (*age of reason*).¹⁸

Det verk som är utgångspunkten för mina studier, *Klinikens födelse*, är konsekvent i sin metodologiska ansats och har siktet inställt på hur medicinsk kunskap har bildats, i rummet, med observationen och i relationen. Trots frånvaron av explicita referenser så är det inget tvivel om att det är en semiotiker i arbete som vi ser i *The Order of Things* och i *Birth of the Clinic*, skriver Lemert & Gillan i sin undersökning av Foucaults texter och de texter han i sin tur influerats av.¹⁹ Det klassiska, och ofta refererade, exemplet på att den medicinska praktiken reorganiserats från att fokusera på relationen mellan läkare och patient till att kliniskt observera patienten, kan också uttryckas som en perspektivskillnad mellan de två frågorna – ”Hur står det till, hur är det med dig?” och – ”Var gör det ont?” Den förra frågan, som uttalas med utgångspunkt i den vårdande relationen, har bytts ut mot ett betraktande av ett objekt: sjukdomen och dess placering i kroppen.²⁰

I den kliniska blickens villkor ingår att patienten/klienten bara ska ange det ställe som gör ont, inte komma med en berättelse om hur hon/han känner sig. Därmed är det också sagt att sjukdomen har sin placering i ett eller flera organ som ska lokaliseras och behandlas. Symptomen eller samlingen av olika symptom är i sammanhanget olika tecken som tyder på att sjukdomen/skadan existerar. Sjukdomen är alltså helheten, det som är ”det signifierade” och symptomen är ”det signifierande”, tecknen på att sjukdomen finns.

I samma vända blev kliniken professionens egen sfär. Den professionelle avancerade från att sitta på sängkanten i patientens eget hem, som en besökare, till att bli en representant för en vetenskaplig institution, sjukhuset. Där skapades en egen ”atmosfär”, en medicinsk hemmiljö och patienten fick besökarens roll. En inte oviktig ingrediens i scenförskjutningen är att det är en stor fördel att vara på hemmaplan om man behöver stärka sin position i en relation.

Därmed förändrades också ömsesidigheten i relationen mellan expert och hjälpsökande. Patienten/klienten blev ett fall, en bärare av en sjukdom eller en brist, ett exempel på en viss sjukdomsbild. Den professionella uppgiften var att reflektera, kategorisera, jämföra med andra fall och dra slutsatser i det aktuella fallet. Först genom läkarens diagnos får patienten reda på hur det står till. Svaret på frågan till patienten under 1700-talet (Hur är det med dig?) har under klinikens uppbyggnad under de följande 200 åren transformerats till att bli den vetenskapliga diagnosen och något som den professionelle, inte patienten, ska svara på. Foucault beskriver detta som en radikal omvandling i den medicinska praktiken från en vårdande relation till en objektiv vetenskap med praktisk förankring i en klinisk verksamhet.

Utvidgningen av rummet: Dispensären

David Armstrong utvecklar Foucaults resonemang i *Klinikens födelse* genom att beskriva den medicinska klinikens utvidgning under senare delen av 1800-talet och början av 1900-talet.²¹ Under perioden expanderade den medicinska kunskapen och dess kliniska arbetsmetoder till andra platser i samhället utanför sjukhuset. När den professionella säkerheten var etablerad i sin kliniska miljö kunde den utan fara kliva ut i samhället, utrustad med professionella verktyg.

Med dispensären som bas kunde man göra undersökningar, ta emot anmälningar om misstänkta sjukfall, skicka misstänkta fall till sanatorium eller sjukstugor och göra hembesök. Med hjälp av den dispensära arbetsmodellen blev den medicinska kunskapen ett centrum för preventiva åtgärder, upplysning, behandling och utbildning. Med den nya arbetsmodellen utvidgades arbetsfältet till hela samhället och alla dess invånare, inte bara till dem som var intagna på sjukhus. Det är kontrollen över alla led i behandling och prevention som är dispensärens princip. Det centrala i den dispensära modellen och bakom tanken att förebygga risken för spridning var möjligheterna att kontrollera individernas närmaste miljö och utrymmet mellan individerna, de smittorisker som var förknippade med kontakter mellan människor och deras hygieniska och ohygieniska vanor. Dispensären som arbetsmodell är förankrad i det hygieniska konceptet.

Med hygienparadigmet inom medicinen riktades intresset mot individens miljö och till relationerna mellan individer. Inom den mentalhygieniska diskursen formulerades analogt samma relations- och miljöintresse i termer av sjäsliv och psykisk utveckling. Det innebar att också det sociala och psykiska livet blev föremål för den kliniska blicken. Det mentalhygieniska konceptet handlade i första rummet om att förebygga psykiska sjukdomar och att avvärja förmodade risker för insjuknande. I denna strategi ingick utbildning av de yrkeskategorier som hade tillträde till och kunskap om människornas vardag: lärare, psykologer, pedagoger, socialarbetare och hälsovårdspersonal. Det var inom detta yttersta och viktiga område av den dispensära praktiken som socialt arbete fick en funktion i den sociala "frontlinjen", ofta närmast de klienter som allmänt betraktades som "sociala riskgrupper".

Inom den mentalhygieniska rörelsen beskrev man mental hälsa och social miljö utifrån vetenskapliga anspråk och med hygienens retorik anammade man också den dispensära modellen. För att illustrera hur tbc-dispensärens organisation och idé överfördes till den mentalhygieniska diskursen citerar jag Gunnar Lundquist, en flitig skribent i socialpsykiatriska ämnen på 50- och 60-talet. Här finns komponenterna i dispensären representerade. Skyddet från influenser (smitta) och faran för påverkan (smittoöverföring) i relationerna mellan människor:

Huvudprincipen i allt mentalhygieniskt arbete är att söka skydda människan från alla skadliga influenser, som kan vara dels de som direkt påverkar kroppen och framför allt nervsystemet och dels de som uppstår i relationerna människor emellan på olika områden i samhällslivet.²²

Dispensären som arbetsmodell i svensk psykiatri föreslogs redan 1916 av Viktor Wigert och även av redaktionen vid *Socialmedicinsk tidskrift* 1929 där dispensärvård beskrevs som en metod att förebygga sjukdomsalstrande miljöer och förhindra återinsjuknande. Som exempel och föredöme beträffande kontroll av återinsjuknande omnämndes Josef Lundahls mottagning i Visby.²³ Modellen föreslogs också senare i Mentalvårdsdelegationens utredning 1958 som ett förslag på en ny strategi inom mentalvården.²⁴ På den tredje psykiatriska världskongressen 1961 beskrev inledningstalaren Maclay modellen med uttalandet att "mentalvården genomgår en process snarlik den vi bevittnat på tuberkulosvårdens område".²⁵ Likheter var, enligt talaren, syftet att begränsa institutionsvården, att förbättra de förebyggande insatserna och mångfalden av metoder: kemoterapi, miljöterapi, psykoterapi och rehabilitering. 1900-talets benämningar för samma arbetsmodell inom sjukvården kan beskrivas som polikliniken eller den öppna mottagningen. 1980-talets sektorisering av den psykiatriska vården i Sverige är ett samtida exempel på en arbetsmodell med en dispensär idé. Varje sektor omfattar ett geografiskt område och inom sektorn finns tillgång till både öppen och sluten vård. Med öppenvårdsmottagningen som bas var det tänkt att mottagningen skulle erbjuda olika former av behandlingsalternativ: samtalskontakt, mediciner och även sluten vård.

Observationen: Den kliniska blicken

I skapandet av sjukhusets kliniska miljö ingick inte bara materiella och yttre förutsättningar, utan också mentala och analytiska redskap för tolkning, vilket var långt mera viktigt. Platsen för arbetets organisering i *Klinikens födelse* är sjukhuset och förklaringen till hur den medicinska kunskapen organiserade och kategoriserade sitt kunskapsinsamlade beskrivs som "den kliniska blicken". Denna form av seende skildras av Foucault som den tysta observationen, ett samlande av kunskap som föregår talets betecknande och namngivande ordning.²⁶ Den kliniska blicken, med vilken man urskiljde det onormala i det normala var klinikens men också den dispensära praktikens viktigaste instrument.

Den initierade blicken skapar en logik i det som sker via iakttagelse, analys och kalkylerande av risker. Det är också en blick i bemärkelsen att iakttä och överblicka, en mild kontroll som inte i varje ögonblick kräver ingripande,

men dock en ständig övervakning.²⁷ Om man analyserar sjukdom utifrån ett system av kroppsliga organ i interaktion med kemiska substanser så anlägger man ett medicinskt perspektiv på problemet och skapar ett medicinskt objekt. Om man däremot analyserar människan utifrån psykosociala funktioner så skapar man ett psykosocialt objekt.²⁸ Det som är avgörande är perspektivet som anläggs i den kliniska blicken, i analysen av problemet. Förmågan att använda den kliniska blicken i social praktik förmedlades via mentalhygieniska utbildningar till andra vårdande yrken. Det handlade om att lära sig hur och vad man skulle se och på vilket sätt man skulle tolka det man såg.

Det är inte enbart blickens avsändare som avgör tolkningen utan också omgivningen, det sociala och politiska sammanhanget sätter gränser för vad som kan ses, vilka symptom som är möjliga att relatera till situationen. I det kursmaterial som framställdes till Mentalhälsokampanjen 1969 framställdes problem i arbetsmiljön som tecken på att det fanns bakomliggande psykosociala orsaker.²⁹ I beskrivningen av den kliniska blicken inom det psykiatriska området blir tolkningen av normalitet särskilt tydlig, speciellt inom psykosociala och socialpsykiatriska praktiker. Tolkningar om normal psykisk hälsa undgår inte samtidens kulturella uppfattningar och sociala konventioner. Under den tidsperiod, 1939–1989, som den mentalhygieniska kursen och den senare psykosociala påbyggnadskursen utbildade socionomer i förmågan att se med psykosociala ögon på sina klienter, varierade innehållet i utbildningen efter rådande teorier inom området. Tekniken däremot, att analysera klientens problem med den kliniska blicken som redskap, bestod genom hela den studerade perioden.

Den kliniska blickens tillämpning är inte, som jag tolkat det, begränsad till en mottagning eller till ett möte med en patient/klient. Den vidgade kliniska blicken omfattar alla medborgare i ett samhälleligt panoptikon. Den epidemiologiska studien kan tolkas som en utvidgad klinisk blick. Den ger ett statistiskt material om hela befolkningens psykiska hälsa, ett slags mått på nationens hälsa i ett folkhälsoperspektiv. Ett exempel på det är beskrivningar av ökningarna i sjukskrivningstal. Med statistik är det möjligt att på ett tydligt sätt beskriva en sjukare eller friskare arbetskraft på nationell nivå. Det var bland annat denna oro över aggregerade data om arbetskraftens sjunkande hälsa, en tillämpning av den kliniska blicken på befolkningsnivå, som var en av anledningarna bakom initiativet till den svenska mentalhälsokampanjen 1969.³⁰

Relationen: Konstruktionen av ”fallbeskrivningen”

I läroböcker och arkiverat undervisningsmaterial har jag undersökt hur man mellan åren 1938 och 1989 beskrev och förklarade avsikten med mentalhygieniskt och senare psykosocialt arbete.³¹ Det huvudsakliga innehållet i under-

visningen när man ville beskriva hur arbetet gick till, bestod av presentationer av fallbeskrivningar (*cases*). En fallbeskrivning utifrån den kliniska blickens metodik studerar enligt logiken i den kliniska blicken bara sjukdomen/skadan/avvikelsen. Människan/patienten/klienten är bärare av denna avvikelse, som är det egentliga studieobjektet.³² De symptom som man hittar är inga konkreta manifestationer av avvikelsen utan tecken på att avvikelsen förekommer.³³ Utifrån studier av avvikelser hos olika bärare konstrueras ”fall” som en grund för vidare klassificering, studier av samband och slutsatser. På aggregerad nivå samlas individuella fall in och omvandlas till data, kategorier och mängder, för att senare användas som kriterier för definitioner av nya ”fall”.

Arbetsmetoden är i sig inte kontroversiell utan snarare ett exempel på systematiskt kunskapssamlade, fortfarande en grundsten i evidensbaserat arbete.³⁴ Det kontroversiella i sammanhanget är tillämpningen på socialt arbete. Eftersom praktiken i socialt arbete under den studerade perioden inte byggde på systematisk insamling av data användes ”fiktiva” och konstruerade fall för att visa hur arbetsmetoden fungerade. Bristen på lämplig empiri (sjukdomsfall) ersattes av fall från socialmedicinska praktiker. Basen var teoretisk, inte empirisk. Den teori som lärdes ut var grundad i tidens psykiatriska och psykoanalytiska teorier om abnormalitet och normalitet. Avsikten med att presentera ”fallen” i undervisningen var att beskriva hur individernas sociala problem kunde förstås utifrån dessa psykiatriska perspektiv. De tidigaste fallbeskrivningarna var direkta återgivning av ärenden från socialläkarmottagningar och rådgivningsbyråer. Från och med 1950 fanns också läroböcker på engelska som byggde på principen att förklara utifrån ”verkliga” fall. Under den studerade perioden (1938–1989) beskrevs orsakerna till avvikelser och problem utifrån huvudsakligen socialmedicinska, psykiatriska och psykoanalytiska diskurser.

Fallbeskrivningarna började under 1940-talet i en socialmedicinsk praktik med en tydlig patriarkalisk ton. Familjen och föräldrarnas uppfostringsmetoder beskrevs som både medel för uppbyggelse och orsak till felutveckling. Med utgångspunkt i social casework och ”hjälp till självhjälp” presenterades under 1950-talet hur socialarbetaren skulle uppmuntra klienterna till självkännedom och ökad social kapacitet. Under 1960-talet dominerade fallbeskrivningar där klientens problem beskrevs utifrån psykoanalytiska teorier. 1970-talets anti-psykiatriska strömningar finns också dokumenterade i fallbeskrivningar som framställer ”den sjuka familjen” i maskopi med psykiatrisk vetenskap. Senast i tid, under 1980-talet, uppstod en hel flora av svenska läroböcker som var konstruerade utifrån fallbeskrivningens princip.³⁵ När den statliga psykoterapiutbildningen etablerades, avskiljdes psykosocialt behandlingsarbete från psykoterapi och den nya litteraturen beskrev hur psykosocialt arbete skulle bedrivas. De psykosociala fallbeskrivningarna är formade utifrån

psykodynamisk teori, men det är inte psykoterapi som bedrivs, utan socialt behandlingsarbete utifrån ett psykodynamiskt perspektiv.

Slutsatsen blir att formen, fallbeskrivningens konstruktion, är överlägsen innehållet. Det handlade om att lära sig en ”konst”, att utöva den kliniska blicken. Genom tekniken med fallbeskrivningar konstruerades både den professionelle socialarbetaren och klienten.

Den mentalhygieniska praktiken: Arbetsplatsen, teorin och klienten

Avslutningsvis vill jag försöka sammanfatta hur Foucaults beskrivning av transformeringen av det medicinska fältet varit till hjälp för förståelsen av det mentalhygieniska inflytandet på socialt arbete. Med utgångspunkt i resonemangen från *Klinikens födelse* och i Armstrongs beskrivning av den medicinska praktiken och diskursen under 1900-talet, kan man säga att kliniken etablerats som arbetsform och självklar idé under första hälften av 1900-talet. När den mentalhygieniska rörelsen drog fram över världen efter första världskriget var den dispensära modellen, den kliniska blicken och fallbeskrivningen socialt förankrade som arbetsmodeller. Den svenska utbildningen av socialarbetare befann sig i ett slags mellanområde, i en oformulerad konflikt mellan provinsial socialkamrerstradition och patriarkalisk filantropi. I detta mellanrum framstod mentalhygienien som ett professionellt alternativ. Den moderna och mentalhygieniskt utbildade socialarbetaren och kuratorn fick en arbetsplats på en mottagning, en dispensär praktik. Dessa mentalhygieniska praktiker fanns framför allt inom skolhälsovården, föräldrarådgivningarna, socialläkarmottagningarna och inom den öppna psykiatriska vården. Att det sociala arbetet fick en frontposition just där passade väl in i den moderna tidens ”mottagningskultur”. Socialarbetaren/kuratorn utbildades för att behärska tekniken i den kliniska blicken, för att kunna förklara hur det står till med klienten. De arbetsrutiner som skapats inom klinikens domäner transformerades till naturliga redskap för socialt arbete. Många av dessa tekniker är fortfarande rutiner i det dagliga sociala arbetet. I olika system av ordning och kontroll håller den dispensära praktiken ordning på sina patienter utanför sjukhusets sammanhållande rutiner. Journaler, fallbeskrivningar, utredningar, hembesök, uppföljningar och vårdplaneringar är bara några exempel på hur språk och arbetsformer från den dispensära praktiken lever kvar.

Det är i konstruerandet av ”fallet” som särställningen för socialt arbete blir tydlig. I det okritiska tillämpandet av teorier, uppkomna i en annan praktik – den medicinska/psykiatriska – förefaller det som om socialt arbete fick rollen att samla material och konstruera fall i syfte att föra utvecklingen av psykiatrisk vetenskap framåt. Men är arbetsmodellerna kliniken, blicken och

fallet genuina psykiatriska och medicinska arbetsmodeller? Om man går tillbaka till Foucaults och Canguilhems texter finner man att beskrivningarna av den medicinska praktiken tyder på att former och begrepp i sin tur är lånade från andra "discipliner". Foucault beskriver i *Klinikens födelse* hur adaptationen av den naturvetenskapliga betraktelsen av kroppen som kropp/objekt påverkar den medicinska praktiken. Människan är inte sin kropp, hon är bärare av objektet "kropp", ett objekt som tillhör vetenskapen. Läkaren vid sängkanten i den omvårdande relationen ersattes av en professionell teckentydare som behärskade tekniken i den kliniska blicken. Läkarkonst blev läkarvetenskap och fick därmed ett högre värde som kunskap. Det var detta högre kunskapsvärde som var så eftertraktat. Deltagandet på det kliniska fältet, i de dispensära praktikerna blev ett led i professionaliseringsprocessen och en viktig anledning till att socialt arbete etablerades inom de mentalhygieniska praktikerna. Det fanns en plats och en uppgift inom den dispensära modellen. Den kliniska blicken tränades genom utbildning i psykosociala teorier. Klienten, bäraren av det psykosociala problemet, representerade fallet som bekräftade förekomsten av psykosociala problem.

Summary

Social Work and the Practice of Mental hygiene

The dispensary, the clinical gaze and the making of a case

The subject of this article derives from my thesis *Borders of Normality – discursive practices of mental hygiene in the twentieth century*. This comprehensive aim of this present text is to develop the ideas of the rise of modern knowledge and human science that Michel Foucault introduced in *The Birth of the Clinic* into the field of professional Social Work. During the midst of the twentieth century social workers created the concept of psychosocial work in close cooperation with the psychiatric profession. Mental hygiene was a public health project which aimed to reach the "ordinary citizen" through practices of outward psychiatric care and social counselling. The issue addressed in the article is: -How did the medical professions influence the practice of psychosocial and mental hygiene social work? The analytical tools used in understanding the practices of mental hygiene are "the dispensary model", "the clinical gaze" and "the construction of a case". The "gaze" is an elaboration of the Foucaultian concept of the construction of medical knowledge and the dispensary practice relates to the new social perspectives of medicine in the twentieth century. The way of "seeing things" and the ways of organizing the clinical work, through "cases" construe a certain knowledge about the human kind. This technique was taught to social workers through *The Mental hygiene Course* and the course *Training in Social Treatment* between the years

1939 and 1989. The empirical material consist of preserved material of the course and the texts that are studied for the purpose of the article consists of pedagogic material such as course books, papers, drafts and preparations for courses. A conclusion of the study is that the psychosocial training within the education of social workers was built on medical and psychological concepts and methods. The skills of the clinical gaze were trained through education in psychosocial theories. Theories, developed within medical and psychiatric practices, were applied to social work through the presentation of cases. The client, the "owner" of the psychosocial problem, represented the case that confirmed the existence of psychosocial problems.

Key words: Mental hygiene, social work practice, psychosocial training

1. Katarina Piuva, Akad. avh. Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet. Rapport 2005:III.
2. Michel Foucault, *The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception*, New York 1975. [Originaltitel: *La Naissance de la clinique*, Paris 1963].
3. David Armstrong, *Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge 1983, idem, *An Outline of Sociology as Applied to Medicine*, London 1989, idem, "Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies", i *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*, (eds) Colin Jones & Roy Porter, London 1994; idem, "Foucault and the Sociology of Health and Illness: a prismatic reading", i *Foucault, Health and Medicine*, (eds) Alan Petersen & Robin Bunton, London 1997.
4. Roy Porter och Mark Micale beskriver "whig historiography" som de moderna professionernas, i detta fall den psykiatriska professionens, hjältebetonade och dramatiska framställningar av det egna yrkets historia, i *Discovering the History of Psychiatry*, (eds) Mark S. Micale & Roy Porter, New York & Oxford 1994, s. 6-7. Med uttrycket att "moderniteten blev politisk" syftar jag på den politiska radikalitet som präglade åren närmast efter majrevolen 1968, särskilt på de europeiska universiteten.
5. Se t.ex. debatten om kunskapsbaserat och evidensbaserat socialt arbete i *Sociologen* 2000:8, s. 4-9, 2001:1, s. 4-9, samt s. 18-21, 2001:3, s. 18-21 och Tidskriften *Social Örage* 2006:1 samt 2006:2.
6. T.ex. arbetsmetoder med rötter i folkbildningstraditioner och diakonalt och filantropiskt arbete.
7. Riksarkivet (RÅ). Dokumentation från *Mentalhygieniska kursen* vid Socialpolitiska institutet, senare Socialhögskolan, Stockholm 1938-1954, samt dokumentation från Stockholms universitets arkiv: *Mentalhygieniska kursen, Fortbildningskursen i socialt behandlingsarbete samt Påbyggnadskursen i socialt behandlingsarbete* 1965-1989.
8. I Charles C. Lemert & Garth Gillan, *Michel Foucault. Social Theory and Transgression*, New York 1982, s. 5-12. Under rubriken "Foucault's Field" diskuteras Foucaults texter som en del av eller en fortsättning av den strukturalistiska kritiken av historicismen, fenomenologin och hermeneutiken.
9. Georges Canguilhem, *On the Normal and the Pathological. Studies in the Modern History of science*, Dordrecht 1966. Religionsforskaren Dumezils (1898-1986) studier av den indoeuropeiska kulturen, lingvistikern de Saussures (1857-1913) studier av de indoeuropeiska språkens utveckling och hans lektioner om semiologi posthumt utgivna 1915 och kollegan Levi-Strauss' antropologiska studier av myter, kultur och kunskap.
10. Michel Foucault, *Vetandets arkeologi*, Lund 2002. Originallets titel: *L'archéologie du savoir*, Paris 1969. I verket presenterar Foucault en mer systematisk beskrivning av den arkeolo-

- giska metoden i de tidigare böckerna, men den ger inte mer metodologiska källhänvisningar än de tidigare verken.
11. Ferdinand de Saussure 1857–1913, *Course Linguistique Generale*, Lausanne 1916.
 12. Roy Harris, *Saussure and his Interpreters*, Edinburgh 2001.
 13. Foucault 2002, kap III, s. 101–155.
 14. Några få exempel på den språkvetenskapliga diskussionen 1982–2003: Robert Scholes, *Semiotics and Interpretation*, New Haven 1982, John Neubauer, *Cultural History after Foucault*, New York 1999, Simon During, *Foucault and Literature: Towards a Genealogy of Writing*, London 1992, C. G. Prado, *A House Divided: Comparing Analytic and Continental Philosophy*, New York 2003
 15. En översikt finns i Roy Harris *Saussure and his Interpreters*, Edinburgh 2001. En kritisk diskussion av semiotik har skrivits av bl.a. Frederic Jameson, *The Prison-House of Language: a Critical Account of Structuralism and Russian Formalism*, Princeton 1974. Språkforskare som t.ex. Hjelmslev (1899–1963) fortsatte att undersöka språkets egenskaper som tecken "signs". Louis Hjelmslev, *Principes de grammair générale*. Köpenhamn 1928; Hjelmslev, *Prolegomena to a Theory of Language*, Baltimore: Indiana University Publications in Anthropology and Linguistics, IJAL Memoir, 7, 2nd OD (slightly rev.), Madison 1961; Hjelmslev, *Resumé of a Theory of Language*. Travaux du Cercle linguistique de Copenhague, vol. XVI, Madison 1975.
 16. Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris 1961.
 17. Jonathan Andrews, "R.D. Laing in Scotland. Facts and fiction of the Rumpus Room and Interpersonal Psychiatry", i *Cultures of Psychiatry and Mental Health care in Postwar Britain and the Netherlands*, (eds) Marijke Gijswijt-Hofstra & Roy Porter, Amsterdam, 1998.
 18. Didier Eribon, *Michael Foucault 1926–1984*, New York 1991, och Gary Gutting, "Michel Foucault's Phänomenologie des Krankengeistes", i Micalé & Porter 1994, s. 331–347.
 19. "A semiotician's hand is surely at work in his studies of General Grammar in the *Order of Things* and of the relation between signs and symptoms in *Birth of the Clinic*", i Charles C. Lemert & Garth Gillan, *Michel Foucault. Social Theory and Transgression*, New York 1982, s. 1.
 20. Foucault 1975, s. xviii.
 21. David Armstrong 1983, op. cit.
 22. Gunnar Lundquist, *Mentalhygien*, Stockholm 1960.
 23. Roger Qvaresell, "Mentalhygien och psykisk hälsovård", i *Hur skall själen läkas? Den psykiatriska vårdens förändringar*, (red.) Bengt-Erik Eriksson & Roger Qvaresell, Stockholm 1997, *Socialmedicinsk tidskrift* 1926, s. 60, 110.
 24. Se Izikowitz beskrivning av en ideal planering i SOU 1958:38. *Mentalsjukvården. Planering och organisation. Betänkande del III*.
 25. *Socialmedicinsk tidskrift* (SMT). Årgång 1962.
 26. Foucault 1975, s. 115.
 27. Foucault 1975, s. 107–122.
 28. David Armstrong, "Foucault and the Sociology of Health and Illness. A prismatic reading", i *Foucault, health and Medicine*, (eds.) Alan Petersen & Robert Bunton, London 1997.
 29. Folksam, *Mental hälsa*, Brevkurs, Stockholm 1969.
 30. Folksams hälsoråd samordnade kampanjen och tryckte material till studiecirkel på arbetsplatserna. Curt Åmarks, *Individ, personlighet och mänsklig miljö*, 1968, samt Mindus, E., *Arbete och Mental hälsa*, 1968, utgjorde det vetenskapliga underlaget till kursmaterialet. Kampanjen planerades i samförstånd med de flesta större arbetsgivarorganisationerna och fackföreningarna i landet.
 31. I min avhandling framför jag tanken att den psykosociala arbetsmetoden är en förlängning av modellen i det mentalhygieniska arbetet och att namnbytet därmed är en anpassning till rådande konventioner.
 32. Foucault 1975, s. 88–105.
 33. Karin Johannisson, *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar*. op. cit., Stockholm 2004.
 34. Dvs. om man accepterar att medicinen handlar om kunskaper om sjukdomar, avvikelser och brister och inte primärt om människornas lidande.
 35. Gunnar Bernler & Lisbeth Johnsson, *Handledning i psykosocialt arbete*. Stockholm 1985; Bernler och Johnsson, *Teori för psykosocialt arbete*, Stockholm 1988, Barbro Lenéer-Axelsson & Ingela Thylefors, *Psykosocialt arbete*, Stockholm 1982.