

Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa

Ulla-Karin Schön

Rapport i socialt arbete 130 · 2009



Stockholms Universitet

Institutionen för socialt arbete
Stockholms universitet
Doktorsavhandling

© Ulla-Karin Schön, Stockholm 2009
ISSN 0281-6288
ISBN (978-91-7155-795-7)
Tryckt av US AB Print Center, Stockholm 2009

Abstract

The overall aim with this thesis is to describe and analyze women's and men's recovery processes. More specifically, the aim is to determine what women and men with experience of mental illness describe as contributing to the personal recovery process. The point of departure for the studies was 30 in-depth interviews conducted with 15 men and 15 women. The selection of interview subjects was limited to individuals who had been treated in 24-hour psychiatric care and diagnosed as having schizophrenia, psychosis, a personality disorder, or a bipolar disorder.

Four studies have been carried. Study 1 was a baseline article that examined what people in recovery from mental illness outline as facilitating factors to their recovery. The results that emerged from that study indicated areas for further analysis to condense the understanding of the recovery process. In study 2 the similarities and the differences in recovery described by women and men were examined. In Study 3 women's and men's meaning-making with reference to severe mental illness facilitate the recovery process were studied. The fourth study explored how peer-support contribute to women's and men's recovery from mental illness.

The results emphasize recovery from mental illness as a social process in which relationships play a key role in creating new identities beside the mental illness. For a majority of the participants meeting peers facilitated the recovery process. The participants described how peer support meant an end to isolation and became an arena for identification, connection, and being important to others. Throughout these recovery processes the impact of gender has been emphasized. The results from this thesis provide new insight into gender as an important factor in understanding the recovery processes. The results from the four studies emphasize the mental patient, the psychiatric interventions and the individual recovery strategies as being influenced by gender constructions.

Delstudier

Denna avhandling baseras på följande fyra studier;

Studie I:

Schon, U-K., Denhov, A., Topor, A., Decisive factors in recovery from mental illness. Accepted for publication in a forthcoming issue of *International Journal of Social Psychiatry*.

Studie II:

Schon, U-K., Recovery from severe mental illness, -a gender perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (resubmitted)

Studie III:

Schon, U-K., How Men and Women in Recovery Make Meaning to Severe Mental Illness. Accepted for publication in a forthcoming issue of *Journal of Mental Health*.

Studie IV:

Schon, U-K., The power of identification. Peer support in recovery from mental illness. Accepted for publication in a forthcoming issue of *Scandinavian Journal of Disability Research*

Innehåll

Abstract	v
Delstudier	vi
Förord.....	9
Inledning.....	11
Avhandlingens syfte	16
Disposition	18
En explorativ ansats, om grundad teori	19
Återhämtning från psykisk ohälsa	22
Ett mätbart fenomen.....	23
En individuell process.....	26
Ett socialt perspektiv	29
Begränsningar i återhämtningsforskningen.....	31
Sociala relationer, identitet och genus	33
Sociala relationers betydelse	33
Identitet och psykisk ohälsa	37
Om genus och andra maktordningar.....	40
Olikheter i livsvillkor	43
Att leva upp till en förväntad genusidentitet	44
Berättelser om återhämtning, metodologiska utgångspunkter	46
Subjektiv kunskap om psykisk ohälsa.....	47
Intervjustudier om återhämtning.....	49
Analyserna.....	55
Generaliserbarhet.....	62
Etiska aspekter	65
Presentation av de fyra studierna	68
Studie I	68
Studie II	70
Studie III	71
Studie IV	73

Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa.....	74
Återhämtning som ett identitetsskapande	75
En genusinfluerad process.....	80
Avslutande kommentarer	84
Summary	86
The aim of the study.....	86
Sample and Methods	87
Results.....	88
Discussion	94
Referenser	97

Förord

Så här på upploppet av avhandlingsarbetet står det klart att det finns många likheter med vad som hjälper i en återhämtningsprocess och i en avhandlingsprocess. Återhämtning och doktorering är någonting som man själv gör, men ingenting som görs på egen hand. En rad människor bidrar i processen, en växande egen kunskap underlättar och praktiska faktorer främjar arbetet. Alla som på olika sätt varit bidragande i min process kan inte, av utrymmesskäl, nämnas här. Det finns ändå några som särskilt bör nämnas.

Utan min handledare *Eva Jeppsson Grassman* hade avhandlingen troligtvis inte kommit till stånd. Din breda kunskap, skärpa och ditt osvikliga engagemang har varit nödvändigt bränsle för mitt arbete. Jag är innerligt tacksam för den kunskap och det mod du har gett i stunder när jag som mest har behövt det. Ett stort tack också till min biträdande handledare *Evy Gunnarsson* som tillkom under processens gång och bidrog med ytterligare kunskap och skärpa. Otaliga är de texter som du med kort notis läst och kommenterat. Din uppmuntran, vägledning och vänskap har varit mycket värdefull.

Till *Monica Nordström*, kommentator vid mitt slutseminarium vill jag också rikta ett stort tack. Dina kommentarer inspirerade mig att förtydliga mina analyser och arbeta med kappan ett varv till. Med kunnigt öga och stor noggrannhet har *Anna-Lena Lindqvist* varit kommentator på mitt PM-seminarium, läst artiklar under arbete, samt läst och kommenterat hela manuset inför slutseminariet. Även *Pär Schön* tackas för värdefulla kommentarer vid mitt PM-seminarium. Det socialpsykiatriska seminariet med *Katarina Piuva*, *Anna-Lena Lindqvist*, *Alain Topor*, *Anne Denhov*, och *Gunnel Andersson Collins* har också erbjudit värdefulla synpunkter på texter. Med stor noggrannhet har *David Shanks* språkligt granskat artikelutkast och *Gabrielle Meagher* min engelska sammanfattning.

Men doktorandtiden är, liksom återhämtningsprocessen, en social process och *alla i doktorandgruppen* på institutionen tackas för att ni på olika sätt förgyllt arbetet med roligt sällskap, uppmuntran och trevliga luncher. Mina rumskamrater *Emelie Shanks*, *Ylwa Weitz*, *Maria Andersson* och *Annemi Skerfving* har bidragit särskilt till en trivsamt arbetsplats med roliga bokdiskussioner och allmänt småprat om doktoreringens våndor och livet i allmänhet.

Utanför den akademiska världen vill jag tacka *Tommy Engman*, *Kjell Broström* och *Alain Topor* för ert inspirerande samarbete i Återhämtningsprojektet och vid genomförandet av intervjuer.

Ett stort tack riktas också till de 30 personer som delade med sig av sin erfarenhetsbaserade kunskap om återhämtning från psykisk ohälsa. Era rika berättelser har varit en förutsättning för att detta arbete skulle komma till stånd.

Praktiskt har avhandlingsarbetet underlättats av *Lotten Cederholm Riese*, som likt en trygg klippa haft svar på allt man kan undra över som doktorand. Avhandlingsarbetet har också delvis finansierats genom stipendier. Under vårterminen 2008 av Stiftelsen Petersenska Hemmet och hösterminen 2008 samt vårterminen 2009 av Gösta Bagges stipendiefond.

Till sist vill jag uttrycka ett innerligt tack till min familj och alla vänner för ert engagemang och er uppmuntran. *Bengt Karlsson, Lars & Rigmor Schön*, som antog det tålamodsprövande arbetet att korrekturläsa mitt manus. Min mamma, *Maud Karlsson* som under intensiva perioder alltid funnits till hands. Sist, men kanske allra främst, vill jag tacka *Tobbe Schön* som stöttat mig på alla tänkbara sätt under doktorandtiden. Men framför allt för att du gång på gång erinrat mig om att följa mitt hjärta.

Stockholm 13 april 2009

Ulla-Karin Schön

Inledning

I denna avhandling studeras vad kvinnor och män upplever som bidragande till deras återhämtning från psykisk ohälsa. Genom en explorativ ansats skapas ett begreppssystem om vilka förhållanden som befrämjar kvinnors och mäns återhämtningsprocesser. Med begreppssystem avses i detta sammanhang en modell för hur kvinnor och män beskriver vilka förhållanden som bidrar till återhämtning. De senaste åren har ett nytt forskningsområde vuxit fram som studerar människors möjligheter att återhämta sig från psykisk ohälsa (Se t ex. Borg 2007; Davidson et al 2005; Topor 2001). Återhämtningsforskningen har, trots olika empiriska och ontologiska utgångspunkter, presenterat en rad gemensamma resultat. Bland annat att människor med erfarenhet av psykisk ohälsa har goda möjligheter att förbättras och leva ett gott liv. Andra resultat som har redovisats är att återhämtning är en individuell process och faktorer som främjar människors återhämtning är relaterade både till individen själv, och till formella och informella insatser. Återhämtningsprocessen beskrivs som en subjektiv process där individen själv är avgörande för att processen ska bli positiv. Återhämtningsperspektivet har förts fram såväl bland forskare som inom brukarrörelsen och syftar till en förändring av den psykiatriska vården och den samhälleliga definitionen av normalitet (Davidson & Strauss 1992; Sullivan 1994; Borg 2007; Young & Ensing 1999; Topor 2002).

Denna strävan till förändring kan ses som ett led i den process som pågått i Sverige och andra länder i Europa och Nordamerika sedan 1970-talet, med syftet att humanisera vård och stöd till människor med psykisk ohälsa samt att integrera människor med psykiska funktionshinder i samhället (Markström 2003). I Sverige hade sektoriseringen av psykiatri under 1980-talet och Psykiatireformen (1992:73) som genomfördes 1995, som sina främsta mål att avinstitutionalisera den psykiatriska vården. Under denna utveckling har socialtjänstens ansvarsområde för människor med psykiska funktionshinder förtydligats. Målet med socialtjänstens stöd är att individer med psykiska funktionshinder ska integreras i samhället och normaliseras (Markström 2003). Med normalisering avsåg psykiatriutredningen att människor med psykiska funktionshinder skulle ges möjlighet att integreras i samma stödsystem som andra och kunna leva som andra (SoU 1992:73).

Ett empowerment- och integreringsparadigm (Nelson et al. 2001) har lanserats som ett alternativ till ett medicinskt institutionellt synsätt på hur människor med psykiska funktionshinder kan stödjas (Lindqvist 2008). Detta paradigm är socialpolitiskt och förespråkar individuella förändringar men framförallt systemförändringar. Hydén (2004) talar om en ”handikappisering av psykiatriområdet” och syftar på den förändrade terminologin inom det socialpsykiatriska området. Fokus har förflyttats från själva ohälsan och dess benämning, dvs. från diagnosen till ohälsans *konsekvenser* i mötet med samhället.

Sjukdom, störning och funktionsnedsättningar

I dag föreslås begreppet ”psykiska funktionsnedsättningar” som den officiella beteckningen i Sverige för människor med långvarig psykisk ohälsa (Lindqvist 2008). Diskussionen om vad människor med psykisk ohälsa ska kallas pågår och det råder ingen konsensus mellan, eller inom, socialtjänst, psykiatri eller brukarorganisationerna om vilka begrepp som ska användas. Svårigheterna med att enas kring en gemensam beteckning avspeglas också i svårigheter t ex i inventeringar och prognoser, men även för enskilda att få tillgång till stöd från socialtjänsten (Sandlund 2005). *Psykiiskt sjuka, människor med psykisk ohälsa, patienter, klienter, kunder, överlevare* och medias beteckning *psyksjuka*, är några av de beteckningar som används idag. Många anser att den medicinska terminologin inte räcker till för att beskriva både de individuella och de samhälleliga aspekterna på psykiska problem, samtidigt som många tillstånds etiologi är oklara (Lindqvist 2008). Jag har valt att använda begreppet *brukare* för att beteckna de personer som deltagit i avhandlingens studier, och använder även *begreppet människor med psykisk ohälsa* mer generellt som beteckning för individer som har eller har haft kontakt med psykiatri och diagnostiserats ha en psykisk ohälsa. I syfte att öka variationen i texten och göra den läsvänlig kommer jag även att beteckna de brukare som deltagit i avhandlingens delstudier som *deltagare* och *respondenter*.

På samma sätt som begreppen för vad individer och grupper med dessa erfarenheter ska kallas, varierar beteckningarna för själva sjukdomen/ohälsan eller problemet. Termen psykisk störning användes vid rekryteringen av respondenter för denna avhandling. *Psykiisk störning* är ett juridiskt begrepp som infördes i och med den nuvarande tvångslagstiftningen, Lag om psykiatrisk tvångsvård, *LPT 1991/92*. Under tiden som denna avhandling har skrivits har intresseföreningarna Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH och Schizofreniförbundet förespråkat att begreppet *psykiiskt funktionshinder* ska användas då det uppfattas som mindre stigmatiserande. Denna term användes bland annat i samband med Psykiatrireformen 1995 och i Socialtjänstlagen och av Nationell Psykiatrisamordning (Nationell Psykiatrisamordning 2006:3).

Trots att Socialstyrelsen idag föreslår psykiska funktionsnedsättningar som ersättare för psykiska funktionshinder har jag alltså i denna avhandling valt att använda begreppen *psykisk ohälsa* för att beteckna det psykiska problemet och *psykiska funktionshinder* för att beteckna problemets konsekvenser för personen och hennes livssituation.

Psykisk ohälsa ses här som ett samlingsbegrepp för de tillstånd som diagnostiserats som psykiatriska. Avhandlingens studiegrupp har alla erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa och har diagnostiserats psykos, schizofreni, bipolär sjukdom eller personlighetsstörning, samt vårdats i psykiatrins heldygnsvård.

En stress sårbarhetsmodell

En förklaringsmodell till att människor drabbas av psykisk ohälsa är Stress-sårbarhetsmodellen som lanserades redan 1977 (Zubin & Spring 1977). Modellen innebär att människor drabbas av psykisk ohälsa när de utsätts för mer stress än de kan hantera. Man menar också att människors förmåga att hantera stress, deras *sårbarhet*, varierar vilket innebär att stress som vissa människor kan hantera, kan vara tillräckligt för att orsaka psykisk ohälsa hos andra. Människor med låg sårbarhet behöver uppleva mycket stress innan det påverkar deras psykiska hälsa, medan andra med en hög sårbarhet behöver betydligt mindre stress för att det ska orsaka psykisk ohälsa. Andra pekar på tre samverkande faktorer som avgörande för om psykisk ohälsa ska utvecklas: sårbarhet, stress och skyddande faktorer. Orsaker till stress beskrivs vara avgörande livsförändringar.

Exempel som anges i forskningen är; *livshändelser*, t ex dödsfall av närstående, att bli förälder, eller att flytta, *svåra relationer*, t ex frekventa gräl, vrede eller förskjutning inom familjen, samt *brist på aktivitet och* att vara isolerad. Flera forskare menar att för att utveckla psykisk ohälsa förutsätts någon form av biologisk sårbarhet (Coleman 1999; Warner 1985).

Vissa forskare menar att sårbarheten är relaterad till människors genetiska uppsättningar. Sårbarheten anses även öka genom användandet av alkohol eller droger (a. a). De flesta andra studier ger mer komplexa förklaringar till människors sårbarhet där människors sårbarhet anses påverkas framförallt av hennes livsvillkor. En rad studier visar på betydelsen av effektiva coping strategier. Människor som har utvecklat effektiva coping strategier verkar kunna hantera stress bättre än de som inte har dessa strategier, innan de utvecklar tecken på psykisk ohälsa (Warner 1994). Hur människor tänker om sig själva och på sin livssituation påverkar också deras sårbarhetsnivå.

Vissa sätt att tänka tycks hjälpa människor att hantera stress bättre än andra (Thomas 1997; Warner 2000). Skyddande faktorer kan reducera individens sårbarhet och stressens styrka (Warner 1985). Viktiga skyddande faktorer för individer med psykiska funktionshinder är att utveckla egna hanteringsstrategier och samtidigt ha stöd från andra.

Människor med ett stort och stödande nätverk tycks klara sig bättre i stressfulla situationer än människor med färre eller inga människor att vända sig till. Att hitta ett meningsfullt sätt att leva avseende boende, sysselsättning och socialt liv kan också vara en skyddande faktor.

Genusskillnader kan påverka såväl stress som vilka skyddsfaktorer man har tillgång till. I denna avhandling blir stress-sårbarhetsmodellen en övergripande ram för att förstå människors livsvillkor som orsak till psykisk ohälsa och funktionshinder samt hur de påverkar människors förutsättningar till återhämtning. Intresset riktas både till individen och samspelet mellan individen och hennes omgivning och till de stigmatiseringsprocesser som drabbar människor med psykiska funktionshinder (Oliver 2003). Psykiska funktionshinder förstås genom denna modell som något som har skapats och där individens livsvillkor blir centrala.

Kvinnor och män med långvarig psykisk ohälsa

I fokus för den återhämtningsforskning som bedrivits framförallt i Europa och Nordamerika på senare år står människor med erfarenheter av långvariga psykiska funktionshinder (Davidson et al. 2005). Det handlar om människor som tidigare i hög grad bedömdes som ”långvarigt” eller ”kroniskt sjuka”. Bland dessa individer finns erfarenheter av långa vårdtider inom psykiatrisk institutionsvård vilka för de allra flesta inneburit konsekvenser både socialt, psykologiskt och ekonomiskt. I Sverige uppskattas mellan 40 000 och 46 000 personer över 18 år ha psykiska funktionshinder, vilket motsvarar cirka 0,6 procent av befolkningen. Majoriteten av dessa personer, cirka 35 000, är i åldrarna 18 och 65 år (Socialstyrelsen 2008). En större andel människor med psykiska funktionshinder, 0,96 procent, återfinns i de större städerna än i mindre städer eller kommuner, 0,56 procent (Socialstyrelsen, 1998). Vid en endagsinventering 2002 uppgavs ca 19 000 med psykiska funktionshinder ha en insats från social-tjänsten (Socialstyrelsen, 2003). Inventeringsresultatet innebär således att cirka hälften av det antal personer som Socialstyrelsen uppskattar ha behov av kommunernas och/eller psykiatris insatser, erhåller sådana. De personer som enbart hade ekonomiskt bistånd ingick inte i inventeringen. En förklaring till denna diskrepans uppges vara att många psykiskt funktionshindrade personer har kontakt med kommunernas öppna verksamheter och ingår därför inte i de siffror som angivits av kommunerna. En annan förklaring som ges är att ett antal personer med psykiska funktionshinder enbart har behov av insatser från psykiatrin (Socialstyrelsen 2003).

Grundläggande för ett återhämtningsperspektiv är att människor med psykiska funktionshinder släpps in i samhället som likvärdiga andra även under perioder av kvarvarande symptom, istället för att exkluderas till ett skyddat boende till dess att individerna blir, i teorin, symptomfria (Davidson & Stayner 1997; Deegan 1996; Tew 2005).

Det blir med detta perspektiv inte längre upp till behandlare att göra människor ”normala”, utan att människor trots sina symptom ges möjlighet att leva ett meningsfullt liv och accepteras av andra. Den avgörande skillnaden i människors liv åstadkoms inte enbart genom en medicinsk behandling, utan genereras även genom en förändring av maktrelationer och sociala attityder (Tew 2005). De sociala sammanhang människor befinner sig i har socialt konstruerade normer för vad som anses normalt för kvinnor respektive män (Gemzöe 2006; Harding 2004).

En genusneutral återhämtningsforskning

Hittills har återhämtningsforskningen i huvudsak tagit sin utgångspunkt i ”individerna” eller ”jaget” som ett genusneutralt objekt. I detta avhandlingsarbete har ett genusperspektiv förts in för att fördjupa kunskaperna om mekanismerna kring återhämtning från psykisk ohälsa. Genom att integrera sociala relationer och sociala omständigheters betydelse för psykisk ohälsa och återhämtning kan kunskaperna om vad som bidrar till återhämtning fördjupas. Ett genusperspektiv har på flera sätt ett liknande syfte som återhämtningsperspektivet, nämligen att undersöka och synliggöra samhällets ideal och normer och sträva efter en förändring av dessa (genus) normer. När människor berättar om sin psykisk ohälsa och sina återhämtningsprocesser förhåller de sig till denna normalitet, dvs. hur ”man bör vara” som en återhämtad kvinna eller man (Skeggs 2000). Människor mäter sig mot andra i skapandet av sin egen återhämtningsberättelse. Att ta del av individers berättelser om återhämtning utifrån deras sammanhang, innebär att förstå hennes handlingsmöjligheter i en återhämtningsprocess utifrån relationer till andra, normer, tillgång till makt, ideologier och samhällets organisering. Med en grundad teori ansats (grounded theory) (Strauss & Corbin 1967) där teorier om sociala relationer, genus och identitet har flätats in kan vi få en fördjupad förståelse av återhämtning från psykisk ohälsa. Relationer och samspel mellan människor på flera nivåer blir då centrala att studera, nämligen mellan kvinnor och män, mellan människor med och människor utan erfarenhet av psykisk ohälsa, samt mellan personal i vård och stöd och individer i återhämtning.

I denna avhandling förstås femininitet, maskulinitet, psykisk ohälsa, återhämtning och normalitet som sociala konstruktioner, det vill säga produkter av sociala mönster, specifika för varje samhälle och något som hela tiden förändras (Connell 2003). Genom en explorativ ansats studeras hur återhämtning från psykisk ohälsa ter sig i denna normerande kontext.

Avhandlingens syfte

Syftet med föreliggande avhandling som helhet och dess fyra delstudier är att fördjupa kunskapen om kvinnors och mäns återhämtningsprocesser. Mer specifikt är syftet att förstå vad kvinnor och män anser befrämja den egna återhämtningsprocessen.

Det övergripande syftet har genererat följande frågeställningar;

1. Vad beskriver människor med erfarenhet av psykisk ohälsa som hjälpande för sin återhämtning? (Studie I).
2. Vilka skillnader och likheter i återhämtningsstrategier beskriver kvinnor och män? (Studie II)
3. Hur erfars återhämtningsprocessen i ljuset av kvinnors och mäns meningsskapande kring sina erfarenheter av psykisk ohälsa och återhämtning? (Studie III).
4. Hur kan mötet med människor med egen erfarenhet av psykiska funktionshinder förstås som ett led i människors återhämtningsprocess? (Studie IV).

Under arbetet med att samla in och bearbeta det empiriska materialet började ett teoretiskt mönster att växa fram. Huvudfrågan, *vad människor anser vara till hjälp i återhämtningsprocessen*, klargjordes i den första studien. Studie I blev således en viktig källa för att avgöra vilka typer av vidare analyser som skulle kunna bidra till täthet, variation och en fullödlig förståelse av själva huvudfrågan. Det gällde att ställa fördjupande frågor till det empiriska materialet kring de genusskillnader som hade visat sig i den första studien samt föra in en genusteori i detta explorativa arbete (Studie II). Studie två antog därför en jämförande ansats utifrån genus för att fördjupa kunskapen om generella mönster, men framförallt att undersöka likheter och olikheter i kvinnors och mäns återhämtningsprocesser. I det fortsatta analytiska arbetet framkom ytterligare en väsentlig faktor, nämligen personligt meningsskapande och hur deltagarna såg på sig själva som personer i återhämtning och hur man skapade mening kring sin (tidigare) ohälsa. Nya frågor kring hur man skapar mening kring sin tidigare psykiska ohälsa ställdes därför till ursprungsdata samtidigt som litteratur om coping och om identitetsskapande fördes in i det teorigenererande arbetet (Studie III). Sociala relationer i allmänhet och sociala relationer till människor med egen erfarenhet av psykiska funktionshinder i synnerhet förstods som en viktig faktor genom hela analysprocessen. I en ytterligare studie (Studie IV) ställdes därför fördjupande frågor till det empiriska materialet som kunde förklara hur sociala relationer med andra brukare beskrivs som stödjande i människors återhämtning.

Den första studien utgår från 58 personer med egen erfarenhet av återhämtning från psykisk ohälsa i Sverige. Studierna två och tre bygger på djupintervjuer med 30 personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning. Dessa 30 ingår även som en del av populationen i studie I. Studie fyra består av 24 personer av de 30 som hade erfarenhet av brukarorganiserat stöd. Utgångspunkt för samtliga fyra artiklar är den erfarenhetsbaserade kunskapen kring återhämtning.

Min egen position

Eftersom återhämtningsberättelsen skapas i samverkan med intervjuaren och även analysen påverkas av forskarens position kan min egen bakgrund och förförståelse vara värd att nämnas. Idealet om objektiva forskare har länge kritiserats inom bland annat feministisk forskning och man menar att forskning om mänskliga fenomen aldrig kan bli värderingsfri eller utan känslor (Harding 2004). I intervjustudier, som denna avhandling, skapas det empiriska materialet i ett samspel mellan intervjuaren och den intervjuade, där identiteter och positioner har betydelse. Varken intervjupersonen eller intervjuaren kan ses som neutral. Utgångspunkten inför intervjuerna var att brukarna bar en värdefull erfarenhetsbaserad kunskap som vi ville samla in. Respondenterna kan ses som självvalda och ville berätta om sin återhämtning. Både intervjuare och respondenter delade en gemensam förståelse om återhämtning från psykiska funktionshinder som möjlig. Några av de identiteter som kan ha påverkat hur jag uppfattades i detta möte var att jag är kvinna, i 30-årsåldern och har en lång erfarenhet av utredningsarbete inom det socialpsykiatriska området. Jag var under materialinsamlingen också tillfälligt anställd i Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH, som implicit kan indikera en ideologisk position.

När jag påbörjade studien saknade jag kunskaper om tidigare forskning kring återhämtning från psykisk ohälsa. Men att därmed påstå sig vara ”fri” från förförståelse är oriktigt. Att sakna förförståelse skulle innebära en total aningslöshet kring var uppmärksamheten ska riktas och en avsaknad av förutsättningar att förstå en berättelse (Kvale 1997). Även om intentionen var att ”ställa sig blank” och förutsättningslöst ta del av en annan människas berättelse formas min egen förförståelse av personliga erfarenheter, definitioner av begrepp och föreställningar om olika processer (Gilje & Grimen 1992; Kvale 1997). I tolkningen av individernas berättelser ingår således min egen förförståelse. En ståndpunkt som påverkat skapandet av berättelserna och påverkat analysen av det empiriska materialet reflekterar min egen uppfattning om människors inneboende förmåga att återhämta sig och deras kapacitet att beskriva denna process. Studiens utgångspunkt är att studera vad kvinnor och män anser bidra i återhämtning. Med denna utgångspunkt finns ett explicit ställningstagande att återhämtning är möjlig och något som intervjupersonerna befinner sig i.

Ett försök att begränsa betydelsen av min egen position var inledningsvis diskussioner i en forskargrupp kring varje genomförd intervju. Längre fram, i tolkning och analys av materialet, har en kontinuerlig ”dialog” med intervjumaterialet förts (Kvale 1997) genom att upprepade gånger gå tillbaka till empirin för att kontrollera att tolkningarna är rimliga utifrån de intervjuades berättelser och inte är utslag av mina förutfattade meningar.

Disposition

Avhandlingen är en sammanläggningsavhandling, vilket innebär att den första delen består av en kapp som ger en teoretisk och metodologisk introduktion till avhandlingens andra del, som består av fyra empiriska delstudier. I kappans inledande kapitel, *Inledning*, presenteras avhandlingens ämnesområde och syftet med de fyra delstudierna. Det andra kapitlet, *En explorativ ansats, om grundad teori* presenterar avhandlingens explorativa ansats.

En grundad teoriansats innebär i det här sammanhanget att söka förklaringar kring vad människor anser bidrar till återhämtning och utifrån denna kunskap skapa en begreppsmodell om vad som hjälper kvinnor och män i att återhämta sig från psykiska funktionshinder. Det tredje kapitlet *Återhämtning från psykiska funktionshinder*, presenterar tidigare forskning kring återhämtning från psykiska funktionshinder och ger en överblick av de tre forskningsområden återhämtning från psykiska funktionshinder omfattar.

Detta avsnitt syftar till att ge en bakgrund till återhämtningsperspektivets uppkomst och mål samt att placera det i en kontext. Återhämtning presenteras utifrån de definitioner som används inom forskningsfälten och relateras till närliggande perspektiv såsom coping och empowerment, remission samt till kronicitet.

Det fjärde kapitlet *Sociala relationer, genus och identitet* presenterar tidigare forskning kring de teorier om sociala relationer, genus och identitet som vävts in i avhandlingens teorigenererande arbete och haft betydelse i analysen. Det femte kapitlet, *Berättelser om återhämtning, metodologiska utgångspunkter*, är avhandlingens metodkapitel. Kapitlet inleds med ett avsnitt kring sjukdomsberättelser och betydelsen av att formulera sin sjukdomsberättelse där psykiska funktionshinder och återhämtning placeras i ett större sammanhang. Intresset i denna avhandling är att undersöka kvinnors och mäns återhämtningsprocess på det sätt som de själva beskriver den. I detta kapitel beskrivs intervjugruppen närmare och hur det intervjumaterialet samlades in och analyserades. Efter dessa fem introducerande kapitel presenteras sammanfattningar av de fyra delstudierna och följs av ett avslutande kapitel, *Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa*, som är ett diskussionskapitel. I diskussionen lyfts avhandlingens mest centrala resultat fram och diskuteras i relation till den begreppsliga förståelsemodell som genererats i avhandlingen.

En explorativ ansats, om grundad teori

Återhämtningsfältet är ett nytt forskningsfält som i huvudsak har vuxit fram de senaste 20 åren och någon rådande teoribildning präglar ännu inte fältet. Kunskapen kring vilka faktorer som bidrar till människors återhämtning är inte fullständig utan kan fördjupas ytterligare. I detta kapitel kommer jag att presentera den explorativa ansats som har legat till grund för avhandlingsarbetet, nämligen grundad teori, *grounded theory*, (Glaser & Strauss 1967). Att använda grundad teori är att anta en explorativ induktiv ansats, där begreppsliggörandet av en process sker i närhet till det insamlade materialet. En grundad teoriansats syftar till att generera ny tänkbar förståelse om processer eller fenomen och beskrivs som lämplig att använda inom områden som är relativt outforskade, det vill säga inom områden där teoribildningen inte är så omfattande eller etablerad (a.a.). Grundad teori handlar om att både förstå och med abstrakta termer begreppsliggöra ett sammansatt fenomen (Charmaz 2006). Detta har även varit utgångspunkten i föreliggande arbete, att utifrån erfarenhetsbaserad kunskap begreppsliggöra och förstå kvinnors och mäns återhämtning från psykiska funktionshinder.

Om grundad teori

Bristerna inom de induktiva och deduktiva metoderna i sociologisk forskning var utgångspunkten för Glaser & Strauss när de utvecklade grundad teori. Grundad teori beskrivs ibland som ”den gyllene mittenvägen” mellan dessa metodologiska utgångspunkter (Hartman 2001). Grundad teori är en induktiv metod för att formulera hypoteser utifrån specifika data, men innehåller också deduktiva element som att utifrån hypoteser dra specifika slutsatser. En renodlat induktiv metod har tydligt separerade moment i undersökningen där en frågeställning föranleds av en materialinsamling som följs av en analys. I en renodlat deduktiv metod formuleras först en hypotes som besvarar frågeställningen och sedan samlas empiri in som analyseras i syfte att testa hypotesen. I grundad teori sker urval, datainsamling och analys parallellt.

Denna process pågår med konstanta jämförelser, vilket innebär att urval, datainsamling och analys pågår i en cirkulär process till dess att teorin växer fram och urvalet på så sätt anses som mättat. Teorin växer fram i analysen och grundas i data. I grundad teori undviker man att utgå från en redan befintlig teori för att i stället generera en ny teori.

Glaser & Strauss menar att ett forskningsområde ska angripas med så få förutfattade meningar som möjligt och att de forskningsfrågor som formuleras ska vara öppna och allmänna (Glaser & Strauss 1967). Datainsamlingen är styrd av teoretiska överväganden, vilket i sin tur präglas av de idéer som genereras ur insamlat material, och inte från en redan förutsatt teori.

Glaser & Strauss (1967) menar att denna närhet till data medför att teorier skapade genom grundad teori blir beständiga. Teorier som är ordentligt grundade i data kan inte underkännas eller avvisas, däremot till viss del modifieras (a. a.). Men även om grundad teori beskrivs som en interaktiv och explorativ process så är det en metod med strikta anvisningar på tillvägagångssätt. Glaser (2001) menar att forskningsprocessen har tre faser, den öppna fasen (1), den selektiva fasen (2) och den teoretiska fasen (3).

I den öppna fasen söks kategorier genom att analysera datamaterialet grundligt men öppet. Syftet är att kategorisera meningsfenomen utan att begränsa sig till det som tros vara relevant. De första stegen av grundad teori liknar således andra kvalitativa forskningsansatser såsom till exempel fenomenologi, hermeneutik eller innehållsanalys. När upptäckten av nya kategorier är mättad upphör (tillfälligt) datainsamlandet och den öppna kodningen.

I denna första, öppna fas framkommer även en kärnkategori (*core category*) som beskriver själva fenomenet som man undersöker. Kärnkategorin representerar undersökningens huvudtema och ordnar övriga analyskategorier till en sammanhängande enhet. Den framväxande preliminära struktur som växer fram i den öppna kodningen illustreras på olika sätt genom *memos*, som består av skisser, diagram och figurer. Teoretiska memos, som beskriver innebörden av de olika kategorierna, förs genom hela undersöknings- och analysarbetet och skrivs samman i den hypotesgenererande fasen (Charmatz 2006; Glaser 2001).

I den andra, selektiva fasen väljs de kategorier som är relaterade till kärnkategorin. Detta innebär att vissa kategorier väljs bort och de relevanta kategoriernas egenskaper och betydelse för kärnkategorin bestäms genom ytterligare materialinsamling. Under den selektiva kodningen eftersträvas så kallad *täthet*. Täthet i teorin beskrivs ge precision och en förklarande potential. Glaser påtalar att täthet kan uppnås genom att man återvänder till sina ursprungsdata för att undersöka om man har förbisett någon aspekt i materialet. Ett annat sätt att förtäta sina resultat är att återvända till fältet och göra ett selektivt urval, så kallad teoretisk sampling (Glaser 2001). Teoretisk sampling (eller urval) är kumulativt och blir allt mer specifikt samtidigt som teorins framväxt hela tiden förtätas.

Efter denna sorterande selektiva fas inträder den tredje fasen, den teoretiska. Den teoretiska fasen beskrivs inträda när kodningsarbetet har uppnått mättnad, det vill säga när analysen inte längre leder till att ytterligare egenskaper, begrepp eller relationer uppstår (Charmatz 2006). I den teoretiska fasen ska hypoteser utarbetas kring hur de olika kategorierna förhåller sig till varandra. En del i det hypotesgenererande arbetet är att genomföra ytterligare datainsamling. Ytterligare data kan till exempel vara forskningslitteratur, teoretiska modeller eller empiri i form av ytterligare intervjuer (Glaser 2001). När dessa data förts in och vävts in i den framväxande teorin har teorin genererats.

Avhandlingens ansats

Den ”klassiska” grundade teorimetodologi som Glaser och Struss lanserar syftar till att upptäcka en teori som framträder i data, och som finns oberoende forskarens position och utgångspunkter. I föreliggande avhandling antas varken data eller teorier vara upptäckta, utan snarare konstruerade. Både respondenterna och forskare ses som en del av den värld som studeras och den kunskap som samlas in. Denna kunskap ses som konstruerad genom tidigare och nuvarande möten mellan människor, perspektiv och forskningspraktik. Avhandlingen gör därmed inte anspråk på att ge ett avtryck av ett existerande fenomen, utan att erbjuda en tänkbar förståelse av en konstruerad process. Utgångspunkten är här att begreppsliggöra och förstå, snarare än att förklara eller förutsäga. En tolkande teori efterfrågar en förståelse av ett studerat fenomen genom att anta framträdande, multipla verkligheter, förstå fakta och värderingar som sammanlänkade, och det sociala livet som en process (Charmaz 2006).

Grundad teori beskrivs i litteraturen som en linjär process, styrd av tydliga anvisningar, men är i praktiken inte helt linjär (Charmaz 2006). Vissa menar att forskare som använder grundad teori kan stanna upp och skriva ”så fort en idé uppträder” som ett sätt att sammanfatta och söka sig vidare (Glaser 2001). Även memoanteckningar kan formuleras och publiceras som vetenskapliga artiklar. I denna avhandling undersöktes i studie I vad människor anser vara till hjälp i deras återhämtningsprocess. Resultaten pekade på behovet av att vidare analysera olika områden inom denna process och de tre efterföljande studierna genomfördes i syfte att på olika sätt fördjupa kunskapen om denna återhämtningsprocess.

De fyra delstudiernas resultat bidrar således tillsammans, genom ett system av antaganden som är välgrundade i empirin, till att begreppsliggöra återhämtningsprocessen och generera en förståelse kring kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa. En grundad teori innebär i detta sammanhang en förståelsemodell grundad i det som människor beskriver kring sin återhämtningsprocess.

Återhämtning från psykisk ohälsa

Det forskningsfält som etablerats med fokus på människors möjlighet att återhämta sig från psykiska funktionshinder går i linje med de grundläggande tankar om integrering och normalisering som lanserats de senaste decennierna i Sverige och många andra länder. Återhämtningsbegreppet beskrivs ha uppkommit inom två huvudsakliga arenor, dels inom brukarrörelsen, dels bland professionella och forskare inom socialpsykiatriska verksamheter (Ralph & Corrigan 2005; Resnick et al. 2005). På många håll i västvärlden har återhämtningsperspektivet fått ett stort genomslag både inom brukarrörelsen och i de politiska dokument som reglerar vård och stöd till människor med psykiska funktionshinder. I Storbritannien ser The National Institute of Mental Health återhämtning som en styrande princip (Wallcraft 2005) och i Nordamerika antogs 2003 återhämtningsperspektivet som en nationell policy i det psykiatriska arbetet genom President's New Freedom Commission on Mental Health in 2003 (Resnick et al. 2005).

I Sverige har dock återhämtningsperspektivet ännu inte fått samma genomslag, trots en liknande utveckling kring att humanisera den psykiatriska vården och öka brukares inflytande över vård och stöd. Återhämtning ges ofta olika betydelser och beskrivs bland annat som en rörelse, en filosofi, en uppsättning värderingar, ett paradigm, en policy och en doktrin för förändring (Turner 2002). I detta kapitel kommer tidigare forskning att presenteras kring återhämtning från psykiska funktionshinder utifrån tre områden. Dessa tre områden eller riktningar är mitt eget försök att sammanfatta kunskapsområdet som har många likheter och samverkar på flera sätt, men som också har klara ontologiska skillnader samt olika avsändare med olika agendor.

Tabell 1 är ett försök att sammanfatta dessa tre riktningar av återhämtningsforskningen.

Tabell 1. Återhämtningsforskningens tre riktningar

Definition	Omfattning	Medel	Mål
Mätbara kriterier	De flesta nyinsjuknade. Hälften till 2/3 med långvarig ohälsa	Metoder och modeller	Avvärja symptom. Självständigt liv. Delta i samhällslivet.
En individuell, livslång process	En demokratisk rättighet för alla.	Personliga berättelser.	Ett meningsfullt liv. Hopp och psykiskt välmående.
Ett socialt perspektiv	Samhällets utbud av stöd och vård	Tillvarata brukarkunskap	Brukarstyrning Empowerment

Gemensamt för de tre forskningsområdena är att de utgår från individers möjligheter att återhämta sig och undersöker på olika sätt kunskap om vad som bidrar till en sådan process. Det första området företräds av ett vård- eller rehabiliteringsperspektiv och beskriver återhämtning som *ett mätbart fenomen* där fokus riktas mot metoder eller modeller (Hegarty et al. 1994; Liberman & Kopelowicz 2005). Det andra forskningsområdet utgår i huvudsak från erfarenhetsbaserad kunskap, ett så kallat brukarperspektiv, som eftersträvar autonomi och beskriver återhämtning som *en individuell process* som äger rum inom individen och i relation till en social kontext (Davidson et al. 2005; Tew 2005). Det tredje området beskrivs också som *ett socialt perspektiv* eller ett tillvägagångssätt och är kopplat till sociala, politiska och praktiska villkor i vård, stöd och service till människor med psykiska funktionshinder (Cornett 2005; Falk Andersen 2005).

Ett mätbart fenomen

Återhämtningsforskningen publicerade mellan 1970- och 1990-talet resultat från en rad uppföljningar av människors återhämtning från långvarig, även kallad kronisk, schizofreni under 1900-talet (Carpenter & Kirkpatrick 1988; Harding 1988; Hegarty et al. 1994; Huber et al. 1980; McGlashan 1988; Warner 1985). Sammantaget redovisar dessa studier att mellan hälften till två tredjedelar av dem som fått diagnosen schizofreni återhämtade sig.

Återhämtningen delades i studierna in i två nivåer utifrån objektiva kriterier såsom uppvisande av symptom, kontakt med socialtjänst eller psykiatri samt i vissa studier hur individer lever sitt sociala liv. *Social återhämtning* innebär att individen lever ett vanligt socialt liv, men kan uppvisa vissa symptom och ha kontakter med socialtjänst och/eller psykiatrins öppenvård. *Total återhämtning* innebär att individen lever ett vanligt socialt liv men inte uppvisar några symptom eller har kontakt med socialtjänst eller psykiatri.

Flera forskare har påtalat att faktorer som sociala relationer, sysselsättning före insjuknande och avsaknad av tidigare psykiatrisk slutenvård är relaterade till en god prognos för total återhämtning (Ciompi 1980; Strauss & Carpenters 1978). Forskning som studerat återhämtning från nyinsjuknade psykoser och schizofreni ger en ännu mer positiv bild av möjligheten till total återhämtning. Australiensiska studier redovisar hur nästan alla, 91 procent, av dem som första gången drabbas av schizofreni återhämtade sig totalt, dvs. uppvisade inga symtom och hade inga vidare psykiatriska vårdepisoder (McGory et al. 1996; Edwards et al. 1998). Liknande siffror redovisas från Kanada, där 89 procent av nyinsjuknade schizofrenipatienter efter ett år ansågs totalt återhämtade och hade börjat arbeta eller studera (Whitehorn, 1998).

Lieberman & Kopelowicz (2005) redovisar ur ett kliniskt perspektiv evidensbaserade kunskaper kring vad som anses öka möjligheterna till återhämtning från schizofreni:

- Antipsykotisk medicinering, case management och stödjande terapier kan bidra till att nära 80 procent av personer med diagnosen schizofreni blir av med sina symptom (Lieberman et al. 2005).
- Stöd till familj och närstående kombinerat med antipsykotisk medicinering kan halvera återfallsfrekvensen i schizofreni (Davis, Chen & Glick 2003).
- Att erbjuda strukturerade metoder för att återskapa förmågor och social kompetens hos individer med allvarlig psykisk ohälsa ökar deras sociala funktion och autonomi (Glynn et al. 2002).
- Användandet av de nya typerna av antipsykotiska mediciner innebär att fler individer med diagnosen schizofreni kan delta och blir förbättrade av en terapeutisk behandling (Davis, Chen & Glick 2003)

Forsknings- och återhämtningsmetoder

Forskare som företräder perspektivet återhämtning som mätbart fenomen argumenterar för betydelsen av att fokusera på mätbar återhämtning utifrån tillgängliga empiriska bevis av vilka metoder som har en dokumenterad effekt. Forskningen om återhämtning som ett resultat av olika vårdprogram och stödformer intresserar sig särskilt för att finna empiriskt testade metoder som är dokumenterat effektiva (Anthony et al. 1994). På vissa håll bedrivs aktionsforskning där forskare och brukare samarbetar i alla aspekter av forskningsprocessen, (PAR, *Participatory action research*). Genom denna forskning har man identifierat ett antal metoder som anses återhämtningsbefrämjande. Målet med behandlingen är att individer som återhämtat sig ska få möjlighet att återgå till arbete och skapa gynnsamma sociala relationer (Whitwell 2001). Återhämtning som ett mätbart fenomen handlar således både om olika metoder att mäta återhämtning, men också återhämtningsprocessen och människors möjligheter att leva ett liv som andra. I fokus för metoderna står undanröjande av symptom och andra faktorer som inte tidigare fanns i patientens liv innan ohälsans utbrott som t ex medicin och stödinsatser (Ralph & Corrigan, 2005). Ett självständigt liv, *independent functioning*, betonas som ett ytterligare mål och ett återhämtningskriterium, vilket innebär att individer klarar att själva hantera t ex sin egen medicinering, sin ekonomi och sin hälsa (Lieberman & Kopelowicz 2005).

Kronicitet

Återhämtning som fenomen utesluter därmed kronicitetsbegreppet och har innebörden att alla som är drabbade av psykisk ohälsa bör behandlas som om de kan återhämta sig socialt eller totalt (Davidson et al. 2005). Viss psykisk ohälsa, som t ex schizofreni, som inom medicinen länge ansetts vara kronisk, tycks med detta perspektiv inrymma goda möjligheter till återhämtning (Harding 1988; Topor 2001). Kronisk sjukdom syftar på tid och tillstånd varaktighet. Dess motsats är tillfällig ohälsa eller akuta tillstånd. Viss ohälsa är väl synlig för omgivningen, medan andra tidvis eller i huvudsak är osynliga. Gemensamt är dock att den avsevärt påverkar den drabbades livssituation. Men med utvecklingen av hjälpmedel och medicinens utveckling är definitionerna problematiska. I dag kan sjukdomar som t ex cancer och diabetes, som tidigare ansetts som kroniska, behandlas med mediciner eller med hjälp av transplantation och olika former av psykisk ohälsa kan avsevärt kontrolleras med medicinering.

Sociologer började redan på 1960-talet studera kronicitet ur ett patientperspektiv, med fokus på de sociala konsekvenserna av det som medicinen betecknade som kroniskt (Se t ex Strauss & Glaser 1975; Strauss et al. 1984). Nordenfelt (1995) talar om kronisk sjukdom i förhållande till livskvalitet och menar att kronisk sjukdom inte nödvändigtvis behöver innebära ett fysiskt lidande.

Däremot kan sociala konsekvenser av ohälsa innebära ett lidande för den enskilde. Lidandet har inte alltid sin källa i det som är medicinskt definierat, utan i hur individen *upplever* sina livsvillkor (a. a). Detta leder över till perspektivet återhämtning som en individuell process.

En individuell process

En kritik mot återhämtning som en mätbar process är ett mer psykologiskt perspektiv som hävdar att återhämtning inte primärt handlar om avväjande av symptom (Deegan 1996; May 2000; Repper & Perkins 2003). På senare tid har återhämtningsforskningen dominerats av studier som utgått från människors egna erfarenheter och berättelser om återhämtning.

Forskningsperspektivet fokuserar på subjektiva upplevelser och självskattningar av hur man lyckas hantera och reducera sina psykiska funktionshinder. Inom detta forskningsområde är många kritiska till uppdelningen av återhämtning som social eller total och definierar istället återhämtning som en livslång process, mer än som ett mål eller resultat (Frese & Davis 1997; Deegan 1996). Återhämtning anses inte som synonymt med att vara fri från sina symptom, utan kan innebära att man kan hantera dem och leva ett tillfredsställande liv (Davidson et al. 2005; Mancini et al. 2005).

Andresen et al. (2003) beskriver återhämtningsprocessen mer som en psykologisk återhämtning från konsekvenserna av ohälsan, där individen återfår hopp och mening, och tar ett eget ansvar för sin återhämtning.

Återhämtning enligt Corrigan & Ralph (2001) är psykiskt välmående, hopp och en framtidsvision samt att hitta en mening och en vägledning i sitt liv. Anthony et al. (1994) beskriver återhämtning som en förändringsprocess av individens känslor, mål och värdegrund, för att kunna leva ett tillfredsställande och konstruktivt liv trots de begränsningar som de psykiska besvären kan innebära. Många talar inom detta forskningsfält om en omöjlighet att återgå till det tillstånd som föregick psykisk ohälsa och behandling.

Erfarenheter av sjukhusvistelse, stigma och diskriminering som är associerade till psykisk ohälsa innebär upplevelser som utesluter en återgång till den man en gång varit. Likt hur traumaöverlevare beskriver sig själva, handlar det mer om en förändring av ens livsvillkor. Corrigan menar att försök att återgå till den man tidigare var är att förneka en viktig del av sitt liv, nämligen den att ha upplevt psykisk ohälsa (Corrigan & Penn 1998) eller reducera den framgång eller utveckling som man åstadkommit i sin återhämtningsprocess (Davidson & Strauss 1992). Att försöka återgå till den man var innan den psykiska ohälsan beskrivs hindra återhämtning, medan försök att utveckla en ny identitet anses främja återhämtning (Burnett 2005).

Fyra grundpelare i den individuella återhämtningsprocessen

Utifrån återhämtning som en individuell process studeras vad individer själva gör och inte vad som görs för individer. Även om återhämtning i forskningen beskrivs som en individuell och personlig process, återkommer en rad faktorer som tycks vara hjälpande för många. När berättelser från människor i återhämtning analyseras framkommer flera gemensamma nämnare som i forskningen beskrivs som grundpelare i människors återhämtningsprocesser (Se t ex Borg 2007; Davidson et al. 2005; Topor 2001).

- Den första grundpelaren beskrivs vara individens omdefiniering av sig själv och av sin ohälsa. Återhämtning handlar om att inse att psykisk ohälsa bara är en del av personen (Estroff 1989). Människor som upplever psykisk ohälsa, svårigheter och stigma, socialiseras att anta en sjukroll. Att acceptera sin ohälsa som en del i en återhämtningsprocess innebär inte att acceptera biologiska förklaringar till psykisk ohälsa eller en sjukroll utan snarare att se andra sidor av sig själv bortom den psykiska ohälsan och skapa en ny mening (Munetz & Frese 2001; Young & Ensing 1999). Betydelsen av att känna hopp och tro på en möjlighet att förändra sin situation uppges också som nödvändig för återhämtning (Deegan 1996; Mead & Copeland 2000; Smith 2000). Utan hopp riskerar människor att erövrats av sin psykiska ohälsa och förbli passiva. Smith (2000) menar att hoppet blir viktigt när det översätts till en drivkraft och en önskan att återhämta sig. Att återta kontroll och ansvar över sitt liv kan öka människors hopp och känsla av betydelse (Davidson et al. 2005).
- Den andra grundpelaren som beskrivs i återhämtningsprocessen är betydelsen av stöd från andra människor. Återhämtning rapporteras som en social process och att ha någon vid sin sida som tror på återhämtning uppges som betydande (Davidson 2003; Topor et al. 2006). Att ha stöd från t ex en anhörig, en vän, professionella eller en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa innebär hjälp i svåra tider, att ha någon som påtalar de små framgångarna och påminner om att individen är en fullvärdig person trots svår psykisk ohälsa (Borg 2007; Davidson 2003; Topor 2001). När professionella fungerar som stödjande beskrivs de som givare av hopp, tillgängliga när de behövs, och flexibla i vad som kan stödja en återhämtningsprocess. Relationen till stödjande professionella beskrivs som ömsesidig och präglad av delande av makt (Borg & Kristiansen 2004). Vissa understryker även betydelsen av att ha andra personer med erfarenheter av psykisk ohälsa och återhämtning kring sig som en slags mentorer i den egna återhämtningsprocessen och som en förebild för att återhämtning är möjlig (Mead & Copeland 2000).

Davidson (2003) menar att stöd från andra inte nödvändigtvis behöver vara från en person, utan kan också vara stöd från t ex Gud eller från ett husdjur.

- Den tredje grundpelaren i återhämtningsprocessen är att hantera sina symptom. Även om inte avsaknad av symptom anses som nödvändig för återhämtning, talar människor ofta om förmågan att hantera eller kontrollera sina symptom som viktiga för att kunna ta en aktiv del i sin återhämtningsprocess (Davidson et al. 2003). Metoderna som människor använder varierar, men beskrivs både som individuella coping strategier och ett användande av formellt stöd och vård. Återhämtning handlar alltså om att aktivt använda olika behandlingar som verktyg i den egna återhämtningsprocessen, snarare än att vara mottagare av andras insatser (Deegan 1996).
- Den fjärde grundpelaren i återhämtningsprocessen är att vara involverad i en meningsfull aktivitet och expandera sina sociala roller. När individer känner hopp och stöd från andra och kan kontrollera sina symptom uppges de vara i behov av att ha någonting meningsfullt att göra (Borg & Kristiansen 2008; Davidson 2003; Young & Ensing 1999). Vissa forskare påtalar aktivitet som återhämtningsbefrämjande om sysselsättningen känns meningsfull för individen själv och samtidigt innebär en känsla av att man är bidragande till samhället (Davidson et al. 2005). Andra menar att just möjligheten att integreras på den ordinarie arbetsmarknaden och vara bidragande där, har betydelse för återhämtningsprocessen (Borg & Kristiansen 2008). Ett aktivt deltagande och känslan av att vara behövd uppges som viktiga ingredienser i en återhämtningsprocess. Utbildning, arbete eller andlighet beskrivs som aktiviteter som kan skapa ett mer meningsfullt liv för den enskilde (Davidson 2003; Sullivan 1994).

Sjukdomshantering

Vad skiljer då den individuella återhämtningsprocessen från vad rehabiliteringsforskningen kallar sjukdomshantering, *illness management* (Kravetz & Roe 2007)? En skillnad som framförts inom återhämtningsforskningen är att sjukdomshantering i huvudsak är ett ”behandlarperspektiv” som fokuserar på att minska människors symptom och återfall, medan återhämtning beskrivs som en subjektiv process som i huvudsak fokuserar på individens strävan att utveckla sina personliga mål (Topor 2001). Sjukdomshantering är ett begrepp som sammanfattar ett brett fält av strategier designade för att stödja individer med psykiska funktionshinder i att samverka med professionella, minska mottagligheten för ohälsa och att effektivt hantera sina symptom.

Sedan länge har sjukvårdens personal utbildat patienter och deras anhöriga i syfte att förbättra motivationen i den rekommenderade behandlingen och att hantera eller avhjälpa symptom och biverkningar (Meuser et al. 2002). I dessa insatser ingår även kognitiva beteendeterapier med syftet att lära människor att hantera sin ohälsa mer effektivt. Psykoedukativa insatser kan erbjudas dels av professionella inom psykiatri eller socialtjänst, dels av personer med egen brukarerfarenhet (Frese & Davis 1997). Meuser et al. (2002) menar att tonvikten i återhämtningsperspektivet liknar avgörande aspekter i coping och förmågan att formulera och nå personliga mål.

Coping perspektivet liknar ett holistiskt återhämtningsperspektiv avseende förändringar i personliga värderingar, att acceptera sårbarhet, omformulera sina mål och förväntningar i skenet av de effekter som ohälsan innebär (Kravetz & Roe 2007; Meuser et al. 2002). I dag strävar flera program som erbjuder sjukdomshantering till människor med psykiska funktionshinder till att förbättra människors självkänsla och stödja människor att nå sina personliga mål. En förbättrad coping och förmågan att formulera och nå mål är numera dominerande aspekter i detta arbete, vilket också ligger i linje med vad som betonas som avgörande i återhämtning (Anthony et al. 1993; Meuser et al. 2002; Ralph & Corrigan 2005). Avgörande för människors förmåga att utveckla hopp för framtiden och i att formulera personliga återhämtningsmål, anses vara genom att tillskansa sig makt över sina symptom och eventuella återfall. Återhämtning uppstår vanligtvis när människor med psykiska funktionshinder upptäcker eller återupptäcker sina styrkor och möjligheter att sträva efter personliga mål och en självkänsla som tillåter dem att växa trots eventuella kvarvarande symptom och svårigheter (Meuser et al. 2002). Davidson & Strauss (1992) talar om detta som en integrerad självförställning, *integrated self-concept*, som inkluderar både individens styrkor och begränsningar.

Ett socialt perspektiv

Det tredje området av återhämtningsforskningen studerar återhämtning som ett socialt perspektiv. Det liknar det individuella perspektivet men riktar fokus framförallt till strukturella faktorer. Forskningen inom denna riktning presenterar inte metoder eller modeller för hur ett återhämtningsarbete ur ett behandlingsperspektiv ska genomföras. Istället framförs ett perspektiv som kan appliceras på samhället i allmänhet och på befintliga stödinsatser i synnerhet. Det sociala perspektivet syftar till att bidra till en variation och utveckling av stöd och vård till människor med psykiska funktionshinder (Cornett 2005; Falk Andersen 2005).

Ett återhämtningsperspektiv anknyter till sociala, politiska och praktiska villkor och positioner i stöd och vård till människor med psykiska funktionshinder och innebär en legitimering av erfarenhetsbaserad kunskap och en omprövning av maktrelationer (Falk Andersen 2005; Tew 2005).

Återhämtningsperspektivet innebär således en negation till kronicitet och objektifiering av psykiska funktionshinder. Istället förutsätter perspektivet att individer själva involveras i utformandet av sina livsvillkor, ges självbestämmande samt att brukarstyrning genomsyrar utformningen av vård och stöd till människor med psykiska funktionshinder (Beresford 2005; Tew 2005).

Empowerment

Ett socialt återhämtningsperspektiv har likheter med empowermentbegreppet. Empowerment förstås i denna avhandling som en viktig aspekt för återhämtningsprocessen. Empowerment innebär egen makt och är en motsats till att vara offer, utan makt att påverka sin livssituation. Begreppet är, i likhet med återhämtningsbegreppet, ett positivt mått, som betonar resurser och förmågor i motsats till andra mått som fokuserar på brister hos individen. Livssituationen för gruppen människor med psykiska funktionshinder kännetecknas ofta av olika former av stigmatisering och diskriminering (Hansson & Björkman 2005). Begreppet empowerment har en central anknytning till livsvillkoren för människor med psykiska funktionshinder som samhällsmedborgare samt till deras relation till vård- och stödsystemet.

Empowerment används för att understryka behovet av att förbättra livsvillkoren för personer med psykiska funktionshinder. Trots det har få försök gjorts att definiera begreppet inom det psykiatriska området. Empowerment definieras som en process för att ”öka personlig, interpersonell och politisk makt för att förmå individer att agera för att förbättra sin livssituation” (Gutierrez 1990). Att uppnå kontroll över det egna livet och de sociala strukturer man lever i understryks (Segal et al. 1993). Rogers et al. (1997) slår fast dimensioner av empowerment som är relaterade till makt över livssituationen såsom självkänsla, självbestämmande och social handlingsförmåga. Gemensamt för ett flertal ansatser är betonandet av två överordnade dimensioner. Dels en psykologisk dimension som berör självuppfattning, dels en mer social handlingsorienterad dimension som berör makt och kontroll, delaktighet och inflytande både över den egna livssituationen och över den vård och det stöd man är i behov av.

Begränsningar i återhämtningsforskningen

De tre riktningarna gör således alla anspråk på återhämtningsbegreppet, men skiljer sig i innebörd, mål och fokus. Återhämtningsperspektivet lanseras i en tid som präglas av idéer om individualism, integrering och normalisering. Ontologiskt har återhämtningsforskningen bidragit till att integrera den erfarenhetsbaserade kunskapen som en ny och viktig källa till kunskap för forskning och praktik (Beresford 2005). Återhämtningsbegreppet används i vitt skilda sammanhang och erbjuder enligt vissa kritiker för många tolkningsmöjligheter.

Inom brukarrörelsen menar somliga att återhämtning har etablerats i den socialpsykiatriska vården och blivit ett professionellt begrepp som innebär ett resultatnriktat arbetssätt som syftar på synbara resultat i form av symptomminskning eller tillfrisknande. Ett alternativt begrepp som förts fram på vissa håll inom brukarrörelsen är ”self-rightning”, på svenska självvresningar, vilket innebär en spontan process, oberoende av personalens insatser, och som handlar mer om hur symptomen kan utmanövreras än deras faktiska existens (Nordén 2009). Samtidigt har intresset för det subjektiva till viss del präglats av idealism. Personliga definitioner, tolkningar och föreställningar insamlade genom intervjuer har fått tjäna som kausala förklaringar till varför människor återhämtar sig.

Delar av återhämtningsforskningen kan på så sätt kritiseras som normativ i den meningen att kunskapen om återhämtningsbefrämjande faktorer enbart kan sökas hos dem som själva har erfarenheten av en sådan process. Brukaren blir den ende experten. Återhämtningsperspektivet ger inte automatiskt en förändringspotential av vård, stöd och service till människor med psykiska funktionshinder. Vissa forskare menar att återhämtningsbegreppet har blivit ett ideologiskt belastat begrepp och riskerar att förbli synonymt med en kritik av medicinska behandlingsformer, istället för att bidra till en tvärvetenskaplig utveckling och variation av stöd och vård till människor med psykisk ohälsa (Cornett 2003; Falk Andersen 2005).

I den psykiatriska vården har ett närliggande begrepp till återhämtning lanserats. *Remission* handlar också om återhämtning som ett mätbart fenomen och möjligheterna att leva ett gott och meningsfullt liv trots vissa kvarvarande symptom. Det som i praktiken skiljer remission från återhämtning är att det fokuserar mer på symptom, samt att psykisk ohälsa i grunden ses som biologiskt orsakad, men där psykologisk stress och miljöpåverkan kan vara bidragande orsaker till att ohälsan bryter ut. Remission är en medicinsk bedömning som mäts genom graderade skalor i förhållande till tid och fokuserar på specifika symptom. Vissa kritiker av återhämtningsbegreppets användande i Sverige förespråkar istället *remission* som begrepp för människors återhämtningsförmåga vid psykisk ohälsa.

Man menar att återhämtningsbegreppet, som det används idag, är naivt och enbart syftar på individers subjektiva syn på sin hälsa och underminerar betydelsen av kvalificerade och kunskapsbaserade behandlingsinsatser för svår psykisk ohälsa (Fisher & Carpenter 2008).

Utgångspunkten i denna studie har varit att fånga ett brukarperspektiv och generera en begreppslig förståelseram kring individuella återhämtningsprocesser. Av denna anledning har återhämtningsbegreppet utifrån den andra riktningen, återhämtning som en individuell process, använts. Min egen utgångspunkt är att återhämtning och remission är komplementära begrepp som båda utgår från människors möjlighet att hantera sina psykiska funktionshinder och leva ett gott liv. Men återhämtning är en individuell process som fokuserar på individers totala livssituation. Remission är en psykiatrisk praktik kring symptomeliminering, som i sin tur kan gynna människors återhämtning.

Sociala relationer, identitet och genus

I följande kapitel kommer de teoretiska perspektiv som under undersökningens gång har vävts in i analysarbetet att presenteras. Att söka i litteraturen efter teorier och perspektiv som kan fördjupa kunskapen om olika kategoriers egenskaper och relationer blir en form av teoretiskt urval och syftar till att göra den framväxande förståelseramen allt mer underbyggd (Glaser & Strauss 1967). Litteraturen behandlas som ytterligare data att jämföra med den framväxande förståelsen och de data som insamlats. För att vidare undersöka de faktorer som brukarna beskrev som återhämtningsbefrämjande, inkluderades till en början ett socialt perspektiv tillsammans med forskning kring betydelsen av sociala relationer, för att förstå innebörden av dessa kategorier, dess egenskaper och på vilka sätt de influerar återhämtningsprocessen. När sedan skillnader i genus uppenbarades i den selektiva fasen fördes ett genusperspektiv in i analysarbetet vilket fördjupade kunskapen om genus, normalitet och förväntningar i relation till återhämtningsprocessen. Återhämtning är en vardagspraktik karaktäriserad av meningsskapande, förändring, makt och normalisering och kunskapen kring denna vardagspraktik kunde fördjupas genom ett genusperspektiv. I nästa steg av analysarbetet fördes ytterligare ett perspektiv in, nämligen teorier om identitet och hur psykisk ohälsa, återhämtning och identitet inverkar på varandra.

Sociala relationers betydelse

Återhämtningsprocessen beskrivs av många forskare som en individuell process där individens subjektiva välmående ska förbättras och att hon ska hitta hopp och en ny mening i sitt liv (Anthony et al. 1994; Corrigan & Ralph 2001). Men utifrån analysen av det empiriska materialet uppkom idéer kring sociala relationers betydelse för återhämtningsprocessen. Därför söktes forskning kring återhämtning utifrån ett socialt perspektiv, där relationer till andra stod i fokus. Denna forskning påtalade både sociala livsvillkor och sociala relationer som viktiga, och var till viss del svåra att särskilja. Borg (2007) menar att människors återhämtning behöver förstås utifrån ett socialt livsvillkorsperspektiv där både individuella och samhälleliga perspektiv har betydelse och påverkar varandra.

Det är i individers vardagsliv som psykisk ohälsa och återhämtning äger rum och en återhämtningsansats antar också att samtidigt som psykisk ohälsa förorsakar ett stort lidande, kan de sociala konsekvenserna av ohälsan vara minst lika utmanande. Den sociala modellen för funktionshinder, *the social model of disability*, (Tøssebro 2004; Shakespeare 2006) fokuserar främst på omgivningens betydelse för funktionshinder. Fokus riktas på den sociala omgivningen och de diskriminerings- och utslagningsprocesser som till exempel människor med psykiska funktionshinder drabbas av, istället för att (enbart)fokusera på brister hos individen. Det innebär att belysa det komplexa mönster av restriktioner och hinder som människor med psykiska funktionshinder ställs inför (Lindqvist 2008).

Ett socialt perspektiv på psykisk ohälsa i praktiken, efterfrågar alternativ till psykiatrisk heldygnsvård i form av sociala stödinsatser och assistans som stämmer överens med brukares önskemål. Vissa forskare talar om ett empowerment och samhällsintegrerande paradig som ersättare till det medicinska synsättet. Inom detta paradig ses personer med psykiska funktionshinder som konsumenter och insatserna är organiserade utifrån ett brukarinflytande (Lindqvist 2008; Nelson et al. 2001).

Sociala relationer

En del i människors sociala livsvillkor är sociala relationer och återhämtningsforskningen betonar betydelsen av stödjande sociala relationer för individer med psykiska funktionshinder (Borg 2007; Topor 2001). I dag är kunskapen om sociala relationers positiva betydelse på både fysisk och psykisk hälsa väldokumenterad (se t ex Berkman et al. 2000; Brown et al. 2008). Ett stort socialt nätverk kopplas till färre psykiatriska symptom och en förbättrad livskvalitet bland människor med psykiska funktionshinder (Goldberg et al. 2003). Hur kommer det då sig att vissa relationer betecknas som återhämtningsbefrämjande och andra inte? En försvårande faktor för människors återhämtning kan vara när närstående inte uppmärksammar individens återhämtningsframgångar eller hyser en förhoppning om att individen ska återgå och bli den hon en gång var, innan ohälsan (Topor 2001).

Borg (2007) redovisar att det som karaktäriserar återhämtningsbefrämjande personal är att de lyssnar till patientens förklaringar och önskemål samt är flexibla i utformandet av den vård och stöd som erbjöds, i syfte att uppfylla den enskildes individuella behov. Professionella som är tillgängliga, förmedlar hopp och delar på makten, definierades av Borg som "hjälpande". En stödjande relation från personal innebar enligt flera forskare att använda sin professionella kunskap i ett samarbete med patienten i en föränderlig och komplex process (Borg 2007; Green et al. 2008).

Socialt stöd från andra brukare

Brukarstöd, *Peer support*, framstår i denna avhandling som betydelsefullt för respondenternas återhämtningsprocesser. Brukarstöd har de senaste åren utforskats utifrån en rad olika perspektiv, såsom sociologi, socialt arbete, psykologi, psykiatri, antropologi, omvårdnad med flera. Brukarstöd baseras på tanken att människor som har erfårit och övervunnit en motgång kan erbjuda andra en värdefull kunskap och ett hopp om hur man bemästrar sitt problem eller sitt funktionshinder. Denna verksamhet är välutvecklad inom t ex cancervård, trauma- och missbruksbehandling medan brukarstöd för människor med psykiska funktionshinder är en relativt ny företeelse. Tanken att människor med psykiska funktionshinder kan stödja varandra och att dessa aktiviteter kan ha en positiv effekt för återhämtning är ett fenomen som inte beaktats vare sig i en vårdkontext eller inom forskningen (Mead et al. 2000). Trots att människor med psykiska funktionshinder har gett varandra stöd både inne i och utanför den psykiatriska vården, är det först på senare år som det kommit att betraktas som en bidragande faktor för människors återhämtning. Brukarstöd kan utformas som självhjälsgrupper, deltagande i brukarorganiserade program eller i formella verksamheter som erbjuder vård och stöd till människor med psykisk ohälsa där brukare anställs som personal eller konsulter.

De senaste åren har självhjälsgrupper för människor med psykiska funktionshinder belysts både nationellt (Karlsson 2002) och internationellt (Davidson 1999; Humphreys 1997). Däremot är kunskapen begränsad kring vad denna typ av brukarstöd innebär för dem som nyttjar det och vilka faktorer som påverkar innehållet i dessa relationer. Det råder heller ingen konsensus kring hur deltagande i brukarstödda verksamheter, såsom träfflokaler och klubbhus, främjar återhämtning (Brown 2008). Brukarrörelsen etablerades i Sverige och internationellt under 1970-talet när före detta patienter började sluta sig samman för att arbeta för bättre villkor i den psykiatriska vården och mot den diskriminering människor med psykisk ohälsa upplevde i samhället i stort (Davidson 2006; Meuwisse 2005). Parallellt med det intressepolitiska arbetet etablerades verksamheter för självhjälp och ömsesidigt stöd. Davidson et al. (2006) menar att både de politiska framgångar som brukarrörelsen har bidragit till och den etablering av självhjälp och brukarstöd som ägt rum, visar att människor med allvarlig psykisk ohälsa aktivt kan bidra till återhämtning i sitt eget liv och ha stor betydelse för andra brukare samt i samhället i stort. I denna avhandling står brukarorganiserat stöd, i form av brukardrivna träfflokaler med fokus på social samvaro och till viss del intressepolitiskt arbete (Meuwisse 2005) i fokus, då denna form av brukarstöd aktualiserats i det empiriska materialet. Deltagarna i avhandlingens studier talar om betydelsen av att träffa andra med liknande erfarenheter och beskriver en träfflokalskontext driven av RSMH.

Brukarstöd i en klubbhus- eller träfflokalskontext beskrivs av andra forskare som en relation präglad av vänskap, kamratskap, och frivillighet (Solomon 2004). Den delade erfarenheten av psykiska funktionshinder blir nyckeln till en gemenskap och utvecklandet av en stödjande relation (Brown 2008). Människor med liknande erfarenhet kan vara ett känslomässigt stöd just tack vare sin erfarenhet (Borkman 1999). Brukarstöd beskrivs som ett ömsesidigt stöd, *mutual support*, och definieras som en naturligt skapad process, där människor träffas och delar problem och erfarenheter, i syfte att lösa sina personliga problem. I andra studier karaktäriserades brukarstöd av tillit, ett delande av erfarenhetskunskap men också av dubbla roller och utmaningar. Oklara gränser mellan de dubbla roller i att vara både en brukarstödjare och en vän beskrivs som en utmaning (Mowbray et al. 2006; Davidson et al. 1999). Samtidigt som brukare ska hantera sin egen psykiska funktionshinder ska de vara ”som en vän” till andra brukare och förväntas att hjälpa, undervisa och erbjuda vägledning (Dixon et al. 1994, Mowbray et al. 2006, Davidson et al. 1999, Paulson et al. 1999). Andra forskare ger en mer pessimistisk syn på brukarstöd och illustrerar hur en låg socioekonomisk status och arbetslöshet i kombination med psykiska funktionshinder kan hindra människors förmåga och önskan att etablera och upprätthålla en relation till andra brukare (Boydell et al. 2002).

Mead et al. (2001) beskriver brukardrivna stödverksamheter som arenor där deltagarna upplever sig vara välkomna, lär sig rutiner och utvecklar ett gemensamt språk samt blir en del i en större process av att bygga en trygghet i att inte vara ensam med sitt lidande. Dessa upplevelser baserades på ett utbyte av varandras erfarenheter och en början till en känsla av gemenskap. Hardiman & Segal (2003) redovisar hur brukarstyrda organisationer spelar en stor roll i brukares sociala liv genom att bidra till ett förbättrat socialt nätverk och erbjuda möjligheter att delta i gemensamma aktiviteter. Socialt stöd och möjligheterna att skaffa sig vänner uppges i flera studier vara det främsta skälet till att människor besöker brukarstödda verksamheter (Hardiman & Segal 2003; Mowbray et al. 2002). Ett socialt stöd genom andra brukare innebär ett praktiskt stöd från andra att hantera stress och bidrar även till att ge människor tilltro till sin egen förmåga att hantera stress (a. a).

En annan förklaring kring betydelsen av brukarstyrda verksamheter för människors återhämtning är ur ett empowerment perspektiv. Ett gemensamt arbete för att stärka gruppens möjligheter och förändra den psykiatriska vården anses bidra till en personlig empowerment genom att vara delaktig i en process som praktiskt förbättrar villkoren för gruppen, samtidigt som individer ges positioner att utöva detta arbete (Brown 2008; Segal & Silverman 2002). Sociala relationer tycks således påverka människors identiteter.

Identitet och psykisk ohälsa

Hur ska man då förstå identitet och dess relation till psykiska funktionshinder? Flera studier kring återhämtning illustrerar hur relationer till andra är en förutsättning för att individen dels ska kunna pröva sina egna återhämtningsframsteg, dels omskapa sitt ”jag” (Estroff 1989; Topor 2001). Estroff (1989) tar avstamp i den symboliska interaktionismen i sin återhämtningsforskning och illustrerar hur jaget formas i mötet med andra. Även Topor (2001) talar om betydelsen av andra människor i återhämtningsprocessen och beskriver hur närstående och vänner kan bli till ett ställföreträdande hopp för individen att identifiera sig med och ompröva sig själv emot, samt förmedla ett materiellt stöd och lösa praktiska problem (Topor 2001). Inom återhämtningsforskningen antas således en psykologisk förståelse av identitet och avser individuella kognitiva aspekter och förståelser som till viss del påverkas av andra eller kan prövas i mötet med andra.

I denna avhandling förstås identitet mer ur ett socialpsykologiskt perspektiv som härrör såväl till individen själv som till relationen med andra. Utgångspunkten är att individen själv är aktör i sin egen återhämtningsprocess och det är i själva relationen till andra som hennes identitet skapas och omskapas. Identitet ur ett sociologiskt perspektiv innebär dels synbara aspekter av personen, till exempel längd, hudfärg och synbara funktionshinder etc., dels abstrakta, konstruerade förståelser såsom grupptillhörighet, etnicitet, genus, kulturtillhörighet etc. Identitet förstås ur en dualistisk modell med två grundläggande typer; *den personliga identiteten* eller *jaget*, och *den sociala identiteten* (Charmaz 1999). Den personliga identiteten beskriver hur vi uppfattar, definierar och konstruerar oss själva i interaktion. Den är en kognitiv entitet skapad genom individers personliga tankar och reflektioner kring sig själva och är även en uppskattning av hur man ses av andra (Charmaz 1999). Den personliga identiteten refererar därmed till alla de kvaliteter, attribut, värderingar och känslor, till exempel kring moraliskt värde, som en person antar som sina. Men den personliga identiteten är föränderlig och påverkas av den sociala identiteten som individen blir tilldelad i olika sammanhang. Den sociala identiteten beskriver hur vi uppfattas, definieras och konstrueras som sociala varelser i interaktion med andra (a. a). Den sociala identiteten kan vara positiv eller negativ, strukturellt fastslagen eller personligt definierad. Den sociala identiteten har potential att äventyra föreställningar kring personlig identitet vilket inte sällan upplevs hos människor med psykiska funktionshinder (Hydén 2005). Rikhaltig forskning kring olika typer av långvarig eller kronisk ohälsa visar att när människor upprepat utsätts för alternativa tankesätt kring sin identitet ifrågasätts grunden i den personliga identiteten och medför individers omprövning av sin personliga identitet (se t ex Bülow 2003; Charmaz 1999; Goffman 1963; Kelly 1992).

Betydelsen av identitet när människor drabbas av funktionshinder tar ofta sin utgångspunkt i den självupplevda, erfarenhetsbaserade kunskapen. Identitetsforskningen antar en kritisk roll mot de dominerande biologiska förklaringsmodellerna kring ohälsans uppkomst och betydelse. Många identitetsforskare hävdar att de inspireras av Parsons (1951). Parsons menade att sjukdom var en form av social och biologisk avvikelse som västerlandet utvecklat preciserade sätt att hantera. Att introducera en social aspekt i synen på ohälsa har i sig varit betydelsefullt som komplement till dominerande biologiska förklaringarna till ohälsa och hur ohälsan upplevs.

Utvecklingen av identitetsforskning kring just sjukdomsidentitet de senaste åren har vidareutvecklat Parsons idéer. Betydelsen av identitet har fokuserats och till viss del ersatt vad Parson betecknar som sjukroll, och betonar individuellt agerande och interaktion. En aspekt som förs fram beaktar betydelsen av karriär och hur den framväxande relationen mellan behandlare och patient påverkar identitetsskapandet, något som Parson inte ansåg som centralt för sjukrollen. En annan bidragande aspekt där funktionshindret eller ohälsan får konsekvenser för identiteten är den medicinska professionens klassificeringar av människors ohälsa i olika diagnoser. Alla diagnoskriterier och bestämmingar kring psykisk hälsa och ohälsa vilar på teoretiska konstruktioner av mänskliga beteenden, vad som avses att konstituera det normala och hur det klart kan urskiljas från det sjuka. Denna klassificering kan ha betydelse för människors identitet då de implicit innebär olika status och ger en indikation på ohälsans allvarlighetsgrad och utsikter att bli bättre. Goffman (1991) beskrev hur människor som kom till mentalsjukhus kläddes av sin identitet genom tvånget att lämna ifrån sig sina privata kläder och tillhörigheter för att istället ikläda sig patientkläder. Goffman menar att denna avklädning i kombination med personalens uppmaning att patienterna skulle följa institutionens rutiner la grunden för en patientidentitet, vilket i sin tur uppmuntrade ett patientbeteende.

Men alla individer som upplever psykisk ohälsa accepterar inte den identitet som de ges från andra. Identitet beskrivs också som påverkad av makt. Vissa forskare menar att patienter som motsätter sig den roll eller identitet som professionella ger dem, riskerar att få stereotypa beteckningar som manipulativa, samarbetsovilliga eller att sakna sjukdomsinsikt (Kelly & Millward 2004). Underliggande ojämlikhet i makt kan medföra processer av kategoriseringar och stigmatisering av dem som anses som avvikande. I vår sociala kontext där psykisk ohälsa markerar en kategori av social exkludering, kan ofarliga men ibland annorlunda beteenden bli kategoriserade i negativa termer (Karlsson 2007). Dessa kategoriseringar kan expandera och snabbt omfatta hela individen i en professionell diskurs. Individers hela beteende, tankar och det hon tror på blir kategoriserat som bevis på hennes avvikelse (Goffman 1991).

Utskiljningsprocesser konstruerar sociala identiteter men blir till personliga identiteter först om eller när en individ internaliserat dem. Castell (1997) menar att identiteter är socialt konstruerade. Det vi behöver undersöka är hur dessa identiteter skapas, varför de skapas samt vilka som besitter definitionsmakten (Castell 1997). Castell menar att identiteter konstrueras i maktrelationer och den första typen av identitet är *legitimerad identitet* vilken är införd av samhällets dominerande institutioner som t ex den psykiatriska vården för att upprätthålla och rationalisera deras dominans över individen i samhället. En legitimerad identitet innebär att individer helt eller delvis anammar vad andra kategoriserar som avvikande, dvs. blir till en social identitet. Den andra typen av identitet är en *motståndsidentitet*, där individer som utpekats som avvikande eller stigmatiserade motsätter sig den identitet de ges. Motståndsidentiteter leder inte sällan till en kollektiv opposition mot ett överordnat förtryck. Castell menar att motståndsidentiteter är en viktig form av identitetskonstruktion i samhället, då den vänder på värdeomdömen samtidigt som den förstärker gränsen mot ”de andra”. Jourdan et al. (1991) talar om ”power together”, dvs. att i grupper där människor delar erfarenheter av förtryck eller stigmatisering, samarbetar för att mobilisera energi, styrka och resurser för att utöka sin makt. Dessa intressegrupper, eller brukargrupper kan också medföra att människor ger varandra emotionellt stöd för att omvärdera sig själva och tillskriva sig själva makt.

Motståndsidentiteten blir i detta avseende en källa för både kollektiv och personlig empowerment (Tew, 2002; 2005). Den tredje identiteten som Castell presenterar är en *projektidentitet* som innebär att människor omdefinierar sig själva och sin position som grupp i samhällsstrukturen. Projektidentiteten eftersträvar en omvandling av hela samhällsstrukturen (Castell 1997). Skapandet av kollektiva identiteter sker enligt Castell som reaktioner på förtryckande sociala processer. Inledningsvis kan dessa gemenskaper vara defensiva och erbjuda skydd och solidaritet mot förtryckande eller stigmatiserande personer och processer i samhället. Kännetecknande för grupper som bildar en kollektiv identitet blir specifika koder för självidentifikation i detta sammanhang t ex erfarenhet av psykisk ohälsa, tvång och (över)medicinering (Castell, 1997; Tew, 2002).

Identitet, ohälsa och kropp

Men relationen mellan funktionshinder och identitet är inte endimensionell. Även om både personlig och social identitet påverkas av hur funktionshinder förstås och hanteras, har även själva tillståndet konsekvenser för identiteterna (Charmaz 1999). Psykisk ohälsa kan påverka individens egen självupplevelse såväl som andras uppfattning av individen. Vissa forskare menar även att besvärets karaktär och varaktighet har betydelse för hur mycket det påverkar den drabbades identitet.

För människor som erfar långvariga eller kroniska funktionshinder påverkas identiteten betydligt mer än för personer med mer akuta eller episodiska tillstånd (Kelly & Millward 2004). Det faktum att kroppen inte fungerar på det sätt som människor vill eller samhället upplever som t ex ålders- och genusrelevant beskrivs som betydelsefullt för hur funktionshindret erfars och hur den sociala identiteten konstrueras (Charmaz 1999; Kelly & Millward 2004). Kroppens förändringar när det gäller fysisk ohälsa är centrala för förändringar i social identitet och hur människor tänker om sig själva (a a).

Om genus och andra maktordningar

Den sociala omgivning där människor befinner sig och skapar sin identitet i, är alltså en arena där strukturella processer och mänskliga interaktioner konstruerar normalitet, makt och hierarkier. Exempel på detta kan t ex vara exkludering av människor med psykiska funktionshinder från arbetsmarknaden eller genushierarkier. Kvinnors och mäns återhämtningsprocesser äger rum i en vardagspraktik och kunskapen kring strukturella processer som påverkar denna vardagspraktik ses därför som central för att förstå vad som befrämjar respektive försvårar återhämtningsprocessen.

Kön och genus

Begreppen ”kön” och ”genus” används ofta synonymt inom medicinen. Inom andra forskningsfält, såsom samhällsvetenskap och humaniora är användandet mer sammansatt. Somliga forskare ger olika betydelse till begreppen kön och genus (se t ex Butler 2006; Moi 1997), medan andra menar att det svenska begreppet kön omfattar mycket av det som motsvarar engelskans gender (se t ex Gothlin 1999). I denna avhandling kommer genus i huvudsak att användas för att analysera psykologiska, sociala och kulturella aspekter av kön. Genus ses som det sociala könet, dvs. vad det innebär att vara man eller kvinna i ett särskilt samhälle. Genus blir en social och kulturell konstruktion av femininitet och maskulinitet i ett givet samhälle (Gemzöe 2006). Detta socialkonstruktivistiska synsätt placerar kunskapen i den *sociala samspeletsprocessen* och är sprunget ur en kritik av brister i de traditionella vetenskapsteorierna. Genus blir således en grundläggande kategori i samhällsbildningen, vilket innebär att det finns en symbolisk och en praktisk uppdelning i två kön, som inte sällan uppfattas som motsatta och ofta olika mycket värda. Utifrån detta perspektiv bemöts kvinnor och män olika på grund av sitt kön vara sig de är medvetna om det eller inte, utifrån tid, kultur och plats (a. a).

Men kvinnors och mäns återhämtningsprocesser förstås inte som påverkade av *enbart* genus. För att förstå återhämtningsprocessen blir samspelet mellan maktordningar som genus och ohälsa central. I denna avhandling förstås alltså deltagarna som bärare av flera identiteter som t ex kvinna eller man, funktionshindrad eller inte.

Harding (2004) talar i likhet med många av dagens genusforskare om svårigheterna i att finna en enda feministisk ståndpunkt då andra faktorer påverkar kvinnors och mäns erfarenheter, såsom t ex social klass, etnicitet, och ohälsa. Detta perspektiv liknar vad som inom genusforskningen idag kallas intersektionalitet, och undersöker samtidiga processer som skapar och upprätthåller relationer av överordning och underordning mellan individer och mellan grupper av individer. Det handlar om att koppla makt och ojämlikhet till individers möjligheter att agera som subjekt inom ramen för samhällets strukturer, institutionella praktiker och rådande ideologier (Lykke 2003). Vissa forskare menar att en intersektionell analys ska inkludera etnicitet, klass och kön. Dessa makthierarkier beskrivs som stabila över tid, antagoniska, dvs. att två gruppers intressen står mot varandra, och bygger på exploatering, en kapitalistisk underordning (de los Reyes 2007; Molina 2007). Detta synsätt utesluter ohälsa som en makthierarki, då ohälsa anses leda till stigmatisering snarare än till exploatering. Andra forskare motsätter sig detta synsätt och menar att personer med ohälsa är exploaterade såväl av professionella som politiska grupper (Grönvik & Söder 2008). Tillhörigheten till fler underordnade grupper, t ex att vara kvinna och ha ett psykiskt funktionshinder förstärker förtrycket menar vissa forskare (Traustadóttir 2006). Andra menar att ett intersektionellt perspektiv komplicerar traditionella hierarkier och skapar möjligheter att reducera underordning (Krekula 2006). Men att inkludera samtliga rangordnande kategoriseringar en människa utsätts för är ett komplext arbete, där det specifika i varje kategorisering måste uttalas (Phoenix & Pattynama 2006). Flera forskare menar att en intersektionell genusanalys ska fokusera på de dimensioner/hierarkier som är relevanta för forskningsfrågan och den kontext den är hämtad ur (Krekula 2006; Lykke 2003).

I denna avhandling är fokus riktat framförallt mot att undersöka på vilket sätt genus och psykisk ohälsa influerar identitetsskapandet i brukarnas återhämtningsprocesser. Genus och psykisk hälsa/ohälsa förstås således som två makthierarkier.

Att analysera genus innebär att undersöka maktrelationer och konstruktionen av kvinnligt och manligt, likväl som själva den aktuella processen som skapar detta. Harding (1986) har utarbetat en modell för att förstå genussystemet som hon menar konstrueras genom tre distinkta processer;

- *Genus symbolik*: att kvinnor och män tillskrivs olika karaktärsdrag som inte kan härledas till biologiska skillnader; t ex. rationell/emotionell, självständig/beroende.
- *Genus struktur*: hur arbetsfördelning, samhällets utbud, tillgång till makt och sociala aktiviteter är anpassade till förväntade genusnormer. T.ex. arbetsmarknad, omsorg om familj, tillgång till hälsobefrämjande miljöer.
- *Personligt genusskapande*: alla individers tolkande och skapande av attityder eller normer som är förväntade för kvinnor respektive män.

Genus är således någonting vi skapar och något som hela tiden omskapas i vår vardagliga praktik (West & Zimmerman 1987). I Sverige, i likhet med andra länder som karaktäriseras av en viss grad av jämlikhet mellan kvinnor och män, kan genus vara en relativt symbolisk, subtil aspekt. Likväl är genus betydande i formandet av föreställningar och förväntningar kring kvinnligt och manligt (Gemzöe 2006). Utgångspunkten i samhället är principen om genusneutralitet och jämlikhet. På en normativ nivå t ex i lagstiftningen och i utbudet av t ex socialpsykiatriska insatser är utgångspunkten att kvinnor och män är lika mycket värda och ska behandlas lika. Betydelsen av genus på *normativ* nivå görs neutral (Magnusson 1998). I praktiken är genusskillnaderna desto större. Genus i *praktiken* innebär skillnader i makt, skillnader i utsatthet, fattigdom eller annat förtryck samt skillnader i tillgång till resurser som bidrar till hälsa (Bengs & Hammarström 2004). Diskrepansen mellan normativt genus och praktiskt genus innebär ett samhällsligt problem som bland annat innebär att kvinnor och män kan ses som både jämställda och inte jämställda, beroende på vilket perspektiv som används (Smith 1987). Detta kan innebära en konflikt hos den enskilde mellan ideal och självförståelse. Genus som både finns och inte finns (Magnusson 1998).

Biomedicinska könsskillnader och psykisk ohälsa

Medicinsk forskning innebär ofta biomedicinska förklaringar med "den vite mannen ur medelklassen" som utgångspunkt. Kvinnan blir med detta synsätt vad Beauvoir (1995) kallar *det andra*, något som ställs i relation till det verkliga – mannen. När mäns erfarenheter blir norm och deras symptom eller sjukdomsmönster skapar en förklaringsmodell riskerar kvinnor att erbjudas inadekvata insatser (Sajatovic et al. 2005). Den forskning som bedrivs kring kvinnors psykiska ohälsa domineras av biologiska förklaringar och inte sällan av relationen till menstruation, graviditet, missfall, infertilitet, abort och liknande (se t ex Greer 1991; Lawrie et al. 2000; Stewart & Khalid 2006).

Inom den medicinska forskningen, där inte genusperspektivet utan snarare könsskillnader är utgångspunkten, redovisas i en rad studier en kvinnlig biologisk fördel för att återhämta sig. Kvinnor tycks ha lättare att återhämta sig och bli socialt fungerande, ha färre återfall och lägre samsjuklighet än män. Detta förklaras bland annat med att kvinnor insjuknar senare än män (De Lisi 1992). Kvinnor som insjuknar i schizofreni uppvisar fler behandlingsbara symptom och signaler än män och färre negativa symptom och tecken än män (Lewine & Seeman 1995). Denna kvinnliga fördel förklaras med t ex hormonella fördelar och skillnader i hjärnans organisering (a. a.). Även den dubbla uppsättningen av X-kromosomer hos kvinnor anses vara ett skydd mot vissa sjukdomar. Skillnaden mellan kvinnor och män kvarstår hela livet men vissa studier påtalar hur den kvinnliga fördelen reduceras senare i livet (Romans & Seeman 2006). En förklaring till detta är kvinnors reducerade östrogennivåer (Lewine & Seeman 1995).

Renodlade biologiska förklaringar till skillnader mellan könen i återhämtning från psykiska funktionshinder ger alltså kvinnan en fördel både när det gäller hormoner och när det gäller hjärnans organisering. Men andra anser att skillnaderna är små och ofta överlappande i funktion mellan könen (Harding & Hall 1997). Det är med andra ord en intressant paradox att trots en biologisk fördel för kvinnor i återhämtning från psykiska funktionshinder, så är kvinnor överrepresenterade inom den psykiatriska vården och socialförsäkringssystemet i Sverige och övriga Europa (Alexanderson 2004).

Olikheter i livsvillkor

Ett genusperspektiv kan således bidra till en ökad förståelse av olikheterna mellan kvinnors och mäns mottaglighet och utsatthet för psykisk ohälsa och skillnader i förutsättningar för återhämtning. Detta utesluter inte eventuella biologiska skillnader utan utgår från ett mer holistiskt perspektiv där både biologiska och sociala faktorer blir avgörande, men där olikheter i *livsvillkor* blir den mest avgörande faktorn för om en människa ska drabbas av en psykisk ohälsa eller inte. De strukturella genuskillnaderna som Harding (1986) beskriver innebär ojämlikhet i livsvillkor beroende av genus, etnicitet eller socialgrupp och anses bidra till en ökad risk för psykisk ohälsa. Denna ojämlikhet kan delas in i tre områden; Tillgång till resurser som förebygger psykisk hälsa, en ökad utsatthet för psykiska hälsorisker och processer som bibehåller ett ojämnt system (Beresford 2005; Wetzel 2000; Williams 2005).

Trots den utveckling som skett i hemmen och på arbetsmarknaden för kvinnor och män de senaste decennierna, har fortfarande kvinnor en begränsad tillgång till de resurser som erbjuds i samhället, och som anses kunna bidra till psykisk hälsa. Kvinnors roll som förvärvsarbetande med ett samtidigt huvudansvar för familjen innebär ofta en hög arbetsbelastning.

Hemarbetet är obetalt, maktlöst och ofta taget för givet (Bird 1999). Studier påvisar hur denna dubbelbelastning innebär en ökad risk för både fysisk ohälsa och psykisk ohälsa (Se t ex Milne & Williams 2000; Krantz & Lundberg 2006). Fattigdom är sedan länge positivt associerat till psykiska problem (SOSFS 2003:5) och i Sverige tjänar kvinnor fortfarande mindre än män i jämförbara arbeten, och grupperna med lägsta inkomsterna i samhället domineras av ensamstående mödrar, äldre kvinnor och förtidspensionerade (SCB 2008).

Ojämlighet innebär att kvinnors liv, arbete och andra aktiviteter systematiskt har en lägre status eller värde än männens. Konsekvenserna av denna genusskillnad påverkas av kvinnans klass, etnicitet och ålder. Kulturella normer om kvinnors mindre värde bidrar till att de inte blir värderade på samma sätt, inte tas på allvar och riskerar att underbehandlas. Att somliga kvinnor inte själva ser sitt värde, sina möjligheter att få sina behov mötta eller att bli behandlade med respekt, innebär en ökad sårbarhet. En sådan självbild kan bidra till att de utnyttjas av andra och till en oförmåga att handla för sin egen skull, t ex att lämna en destruktiv relation (Patzel 2001). Låg status kan också medföra en sämre kvalitet på den vård som erbjuds från psykiatrin. Flera studier påpekar hur kvinnor löper större risk än män att få sina psykiska besvär förminskade eller trivialiserade (Beal & Gardner 2000; Williams et al. 2004). En annan sårbarhetsfaktor i sökandet efter en förklaringsmodell till kvinnors psykiska ohälsa är att undersöka förekomsten av våld och övergrepp. Kvinnor löper en större risk än män att utsättas för sexuella övergrepp eller våld inom familjen både som barn och som vuxna (Hensing & Alexanderson 2000). Män däremot löper en större risk att utsättas för eller involveras i våld utanför familjen (Cortenay 2000; Messerschmidt 2004).

Att leva upp till en förväntad genusedentitet

När människor berättar om sig själva och sin återhämtningsprocess mäter man sig implicit mot andra och förhåller sig till en normalitet, det vill säga att bli en normal *kvinn*a eller en normal *man*, påverkad av en kontextuell genussymbolik (Harding 1986). Även den fysiska kroppen är ett verktyg för genusskapande. Beauvoir (1995) menade att man inte föds till man eller kvinna utan att man *blir* det. Som bärare av en ”manskropp” eller en ”kvinnekropp” förväntas vi uppträda och kunna utföra olika saker. Hur man sköter och framhåller sin kropp är en genusinfluerad praktik, med tydliga rekvisit för vad som betecknas som normalt och vad som anses vara tecken på avvikelser (Connell 2003). Psykiska funktionshinder och återhämtning kan ta sig olika uttryck hos olika människor, vilket kan ha konsekvenser i mötet med socialtjänstens praktik och den psykiatriska vården, som i sin tur är influerade av genusedentitet förväntningar på normalitet (Williams 2005).

Genusnormer vid psykiska funktionshinder kan se olika ut och anhöriga har olika förväntningar på kvinnor och män med psykiska funktionshinder. Förväntningar på mäns förmåga att utbilda sig och klara av ett kvalificerat arbete är högre än på kvinnor (Nasser et al. 2002). Vissa studier påtalar även att män löper en större risk att ha ett bristfälligt socialt nätverk (Harding & Hall 1997). Oberoende är högre värderat hos män, medan ett beroende av familjen är mer accepterat hos kvinnor, vilket också gör att kvinnor oftare kan acceptera insatser/stöd från sina anhöriga (Sajatovic et al. 2005). Det är väl dokumenterat att kvinnors relationer till andra kan vara källor till stöd och ha avgörande effekt för deras återhämtning (Bernardez 1996; Nasser et al. 2002). Kvinnor beskrivs också ofta som irrationella, inkapabla och inkompetenta, vilket karaktäriserar en oförmåga att agera autonomt och att utöva makt (Glick et al. 2000). Dessutom ges kvinnor positiva egenskaper såsom närande och omtänksamma.

Flera forskare menar att kvinnor ofta undviker den frustration det skulle innebära att förkasta de förväntningar som ligger i att vara kvinna, genom att anpassa sig till dessa roller och på så sätt bli belönade med mäns välvilja (a. a.). Risken för kvinnor som fostrats till att tjäna andra och tillgodose andras behov, är att de riskerar att förlora sitt egenvärde. De riskerar att "tysta sitt eget jag" som vissa forskare beskriver (Jack 1991). Ett gemensamt tema hos kvinnor som tystar sitt eget jag och istället arbetar mycket hårt för att tillgodose andras behov är att de förminskar eller normaliserar sin egen besvikelse eller stress. En "lyckad kvinna" mäter sin egen framgång i sina relationer och känner sig tvingad att bevara dessa relationer även om det innebär en personlig uppoffring (Rodman et al. 2001; Williams 2005).

Genus och annan social ojämlikhet beskrivs ha märkbara effekter på hur psykiska funktionshinder förstås och definieras. Nedsättande och nedslående uttryck som "galen", "dålig", eller "svag" är uttryck som används på kvinnor och män som inte uppfyller den förväntade genusnormen, avseende beteende, sexuella val och livsstil. Flera forskare menar att traditionella genusnormer bidrar till att enbart män ges tillåtelse att visa vrede och aggressivitet i psykiatri (Plumb 2005; Williams 2005). En konsekvens av denna genuskillnad är att psykiatri försvårar för kvinnor att ge en röst till sina erfarenheter och att hitta säkra sätt att visa ilska. Psykiatrins huvudsakliga uppgift är snarare att kväva känslor med medicin (Williams 2005). I psykiatri, där makten framförallt vilar på personalen, riskerar kvinnor att bli dömda, skuldbelagda och ofta bestraffade. Detta medför i sin tur att kvinnor har svårt att få bekräftelse, förståelse och förändring i sin situation under sin vårdtid om personalen saknar kunskap om deras maktlöshet (Plumb 2005; Williams 2005).

Berättelser om återhämtning, metodologiska utgångspunkter

Målet med de intervjuer som avhandlingen bygger på var att möjliggöra för de intervjuade att formulera sina egna erfarenhetsbaserade berättelser om återhämtning. Avhandlingen studerar återhämtning som en process där den grundläggande frågan till berättelserna är ”Vad händer här?” (Glaser 2001). Frågan fokuserar på vad som händer i återhämtning från psykisk ohälsa och analyserar såväl processer som ord. Under analysen av berättelserna har de teoretiska perspektiv som presenterades i föregående kapitel vävt in som instrument att fördjupa analysen. Denna process presenteras och diskuteras i följande kapitel, men dessförinnan kommer ett avsnitt kring sjukdomsberättelser mer allmänt att presenteras. Intresset ligger i att undersöka och förstå återhämtningsberättelsernas *inhåll*, mer än deras form, varför inte en narrativ analys används för denna avhandling.

Berättelserna förstås som retrospektiva reflektioner (Öberg 1997) vilket betyder att berättelserna anses ge information om faktiska subjektiva upplevelser och händelser som inträffat i respondenternas liv samtidigt som berättelserna förstås som starkt påverkade av respondenternas konstruktioner av deras intentioner och identitetsbilder. Även om berättelserna inte har analyserats ur ett narrativt perspektiv ses formulerandet av en berättelse, där psykisk ohälsa och återhämtning placeras i en livsberättelse, som betydande för att begripliggöra återhämtningsprocessen.

Återhämtningsberättelser skapas i samverkan med den som intervjuar, men är inte statiska, utan förändras över tid. Denna subjektiva kunskap tar sin utgångspunkt i kvinnors och mäns *upplevelse* och erfarenhet i motsats till det medicinska perspektivet som specialiserat sig på kropp och sjukdom (Tomombs 1992).

Subjektiv kunskap om psykisk ohälsa

Flera forskare med ett socialkonstruktivistiskt synsätt på ohälsa och funktionshinder, påtalar en stark relation till skapandet av berättelser och en förbättrad hälsa. Man menar att genom berättelsen kan mening och ett fungerande liv skapas, vid sidan av konsekvenser av ohälsa (Bülow 2003; Hydén 2004; Mattingly 2004). Men förutom betydelsen av att skapa mening kring sin psykiska ohälsa, påtalas betydelsen av att genom berättelsen se sig själv som en aktiv agent i både meningsskapande och i att hantera sina besvär (Lysaker et al. 2007).

Människor som drabbas av psykisk ohälsa och får behandling i den psykiatriska vården riskerar att bli beroende av personal, som är ”experter” på psykiska ohälsa och psykiskt lidande. Problemet kan vara att dessa professionella har utvecklat ett sätt att kategorisera, beskriva och förklara psykisk ohälsa, som tenderar att objektifiera patienten/brukaren. Detta sätt skiljer sig ofta från det vardagliga sättet. I mötet med psykiatrisk vård eller socialtjänst ställs brukaren och den professionella inför ett kommunikativt problem, dels att förstå varandra i mötet, dels att förstå den psykiska ohälsan (Hydén 2004). Foucault (1972) talar om detta i ett maktperspektiv, och menar att psykiatrins sätt att tala och skapa förklaringar utifrån den medicinska modellen som en överordnad kunskapskälla, bidrar till att patientgrupper undertrycks.

Många studier visar en diskrepans mellan den medicinska och diagnostiska referensramen för psykisk ohälsa och det lidande och den mening som ges av dem som lever med den (Kinderman et al. 2006; McCabe & Priebe 2003). För att utveckla kunskapen om psykisk ohälsa och återhämtning behövs vid sidan av kausala förklaringar också en förståelse av den mening sjukdomen har för individerna som upplever den (Matthews 2004). Matthews talar om skillnaderna mellan professionellas kategoriseringar och brukarnas upplevelser som ett ”biomedicinskt problem”. Människor med psykisk ohälsa beskriver vanligtvis inte sina problem i termer av symtom, utan snarare som upplevelser och relationella problem (Karlsson 2007; Matthews 2004). Psykisk ohälsa härleds primärt till tankar, känslor och föreställningar och inte i kroppens fysiska status. De förklaringar och förståelser av ohälsan som råder i den psykiatriska vården liknar det referenssystem som används i annan somatisk vård och härleds primärt till hjärnan.

Kollektivt meningsskapande

Hydén (2004) talar om olika kommunikativa teman i sjukdomsberättelser. Det första temat handlar om hur man *kategoriserar* och beskriver sin ohälsa. Kategoriseringar är associerade till vår egen begreppsvärld och den kultur vi lever i och kategorierna innebär konsekvenser. Hydén skiljer mellan de ”vardagliga” kategoriseringarna, där lidandet förstås utifrån de problem och svårigheter de orsakar i vardagslivet, och de mer ”vetenskapliga” som ofta dominerar sjukvården. En vetenskaplig kategorisering av något som av individen beskrivs som psykiska besvär, kategoriseras inom sjukvården med en diagnos, vilket också får direkta konsekvenser i medicinering och sjukhusvistelse. Hydéns andra kriterium handlar om *meningsskapandet* genom berättelsen. Genom att berätta om sina problem kan samband etableras mellan olika händelser, vilket i sin tur kan uppenbara en mening och innebörder som tidigare inte varit kända. Det tredje kriteriet handlar om att få andra att tro och förstå de känslor som man beskriver kring sin ohälsa.

Flera forskare har beskrivit långvarig ohälsa eller kronicitet som brott i den egna livsberättelsen. Att drabbas av långvarig ohälsa kan innebära att den personliga berättelsen om den egna historien, den aktuella situationen och hur vi tänker oss framtiden får ett avbrott (Bury 1982; Hydén 2004). Det som före ohälsan upplevdes som självklart eller utstakat blir till kännetecken på det liv man hade före sjukdomen, det som gått förlorat. Avbrottet i livsberättelsen innebär också ett avbrott i ens identitet, vilket flera forskare menar leder till ett sökande efter vägar att ”reparera” sin berättelse (Williams 1984; Karp 1996). Att få möjlighet att möta och dela erfarenheter med människor med liknande upplevelser innebär att en intersubjektiv förståelse för den egna ohälsan kan skapas. Genom att höra andras berättelser och att se sig själv i andra och genom andra kan bilden av ohälsan förändras. Delandet av erfarenheter medför att man kan känna igen, bekräfta och tolka upplevelsen tillsammans. Den egna upplevelsen av ohälsan, som kan ha varit svår att förklara och ibland också få förståelse för, kan bekräftas genom delandet av erfarenheter med andra med egna erfarenheter av psykisk ohälsa (Corrigan et al. 2005).

Intervjun som ett meningsskapande

De individer som har intervjuats för föreliggande studier kunde genom intervjusamtalet klarlägga och förstå händelser i sina liv genom att berätta om dem. De förmedlade erfarenheter i relation till det sociala sammanhang de befann sig i och i intervjun gavs erfarenheter av psykisk ohälsa och återhämtning en språklig gestalt tillsammans med intervjuaren. I berättelserna förmedlades försök att ge erfarenheterna ett meningsgivande sammanhang utifrån respondenternas livssituation (Hydén 2004; Karp 1996).

Intervjun blir en berättelse om den egna personen och ett slags rekonstruerande av den egna identiteten. Situationer och förhållanden formas, värderas och diskuteras och placeras in i berättelsen. Intervjun kan därför inte tolkas enbart som information om händelser och förhållanden i de intervjuades återhämningsprocess. Det handlar också om hur olika händelser och förhållanden ges innebörder så att den berättande kan uppfatta sin relation till sin omvärld som begriplig och meningsfull. Återhämningsberättelsen, så som den skapas i intervjutillfället, blir grunden för respondenten att rekonstruera en identitet i relation till sina psykiska funktionshinder.

Att ge mening åt sina tidigare erfarenheter och sin situation vid intervjutillfället genom en berättelse, blir att skapa en berättelse om sig själv. Det blir också en berättelse om hur man vill uppfatta sig själv. Beskrivningar av återhämningsprocessen ger en mening åt den psykiska ohälsan och hur man vill uppfattas som återhämtad.

Intervjustudier om återhämtning

De fyra delstudierna utgår från empiri som insamlats under 2002-2003 i *Återhämningsprojektet*, ett projekt som genomfördes genom ett samarbete mellan Riksförbundet för social och mental hälsa, *RSMH*, och Psykiatri Södra i Stockholm. Projektet finansierades av Allmänna arvsfonden.

Huvudsyftet var att samla berättelser om återhämtning från personer som tidigare vårdats för psykisk ohälsa. Utgångspunkten var att undersöka vad människor själva ansåg som hjälpande i deras återhämningsprocess.

Berättelserna skulle ligga till grund för att utveckla ett utbildningsmaterial för brukare¹ samt professionella². Samtidigt öppnades möjligheten att använda den empiri som samlades in för en djupare analys om återhämningsprocessen. Det blev således startskottet för denna studie. Samtliga fyra delstudier baseras på analyser från detta material.

Urval och metod för studie I

I delstudie I, som är en översiktsartikel, kompletterades det insamlade intervjumaterialet med ytterligare 28 intervjuer från två liknande studier (Denhov 2000; Topor 2001). Det ursprungliga syftet med att sammanföra empiri från det aktuella Återhämningsprojektet med empiri från två andra studier var att få underlag för att inledningsvis genomföra en kvantitativ analys av vilka faktorer människor beskriver som hjälpande vid återhämtning från psykisk ohälsa.

¹ Engman, T. (2003) "På väg mot återhämtning. Ett studiematerial om att hantera svåra psykiska besvär". Stockholm: RSMH

² Topor, A. (2004) "Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska besvär. Stockholm: Natur och Kultur

Inför denna delstudie analyserades de totalt 58 intervjuerna både kvalitativt och kvantitativt. En bit in i analysarbetet stod det klart att en kvantitativ analys av vilka faktorer som bidrar till återhämtning från psykisk ohälsa, inte skulle ge det empiriska materialet rättvisa. En komplexitet karaktäriserade respondenternas beskrivningar av de olika faktorerna som påverkat återhämtningsprocessen. Faktorer som t.ex. ”medicin”, ”professionella” och ”familj” kunde inte på något entydigt sätt reduceras till enkla variabler eller orsak-verkan samband, utan innehöll snarare en rad *olika* faktorer och mekanismer. En och samma faktor kunde tolkas som ”både-och”, betydligt oftare än ”antingen-eller”. På grundval av denna komplexitet valdes därför en grundad teorianslys för studie I.

Rekryteringen av intervjupersoner i Återhämtningsstudien skedde i huvudsak genom RSMH, samt genom informella kontakter. När studien skulle påbörjas skapades dels en rekryteringsbroschyr om projektet, dels en hemsida som presenterade projektet och återhämtningsperspektivet. På kort tid blev projektet känt i RSMH:s lokalföreningar och flertalet av de 30 respondenterna kontaktade projektgruppen per telefon eller per brev för att anmäla sitt intresse för att delta. Det stora intresset för att delta i projektet bidrog också till möjligheten att göra ett urval av respondenter utifrån kön, ålder, antal vårdtillfällen, vårdtidens/vårdtidernas längd, geografisk spridning samt diagnos. Inför intervjun gavs intervjufrågan ”*Vad har varit till hjälp i din återhämtning*” på förhand. Denna öppna fråga, utan strukturerade följdfrågor, syftade till att ge respondenterna möjlighet att utifrån sina egna upplevelser, förståelse och logik, definiera sin återhämtningsprocess. Ett annat syfte med att ge frågan på förhand var att ge intervjupersonen subjektivt utrymme, dvs. frigöra personen från eventuella förväntningar om berättelser utifrån t ex psykiatriska förklaringsramar.

Människor som drabbats av psykisk ohälsa och vårdats i den psykiatriska vården har ofta skolats in i en ”grundberättelse” att berätta sina livshistorier som *sjukdomsberättelser* (Hydén 2000). Dessa sjukdomsberättelser är inte sällan konstruerade genom bottenlägen såsom sjukhusvistelser, återfall, självmordsförsök och andra misslyckanden. I insamlandet av *återhämtningsberättelser* var syftet snarare att fånga ”undantagen”, dvs. perioder av välmående och framgång. De små initiativen och framgångarna i vardagslivet och personliga strategier som bidragit till återhämtning.

Tre kriterier sattes upp för deltagande i Återhämtningsprojektets studie. Dessa kriterier bygger på Warners forskning (Warner 1985).

Intervjupersonen har vårdats i psykiatrins heldygnsvård för ”allvarlig psykisk ohälsa”.

Intervjupersonen har inte vårdats inom heldygnsvården under de senaste två åren före intervjun.

Intervjupersonen ansåg sig själv vara i återhämtning.

Intervjuerna ägde rum enligt respondenternas önskemål, de flesta hemma hos den intervjuade, ett fåtal på kafé eller klubbhus, samt vid två tillfällen på det kontor där projektet var stationerat. Intervjuerna utfördes i samarbete med en manlig intervjuare där vi genomförde 15 intervjuer var, med både kvinnor och män. Intervjuerna varade mellan 1.5 till 4 timmar.

När de 30 personerna anmälde sitt intresse för deltagande informerades de muntligt och skriftligt om studiens syfte, hur resultaten skulle användas och försäkrades även om möjligheten att avsluta sitt deltagande när som helst under studiens gång. Då intervjun skulle genomföras återupprepades denna information och respondenterna informerades om möjligheten att läsa igenom den anonymiserade intervjuutskriften.

Samtliga respondenter gav ett muntligt informerat samtycke innan intervjun påbörjades och samtliga godkände att bli inspelade på band. Efter intervju-tillfället transkriberades intervjuerna av intervjuaren och återsändes anonymiserad till respondenten. Efter att ha getts möjlighet att läsa igenom transkriberingen gav samtliga respondenter ett skriftligt informerat samtycke om att materialet fick användas för forskningsändamål. Totalt genomfördes 31 intervjuer. En genomförd intervju uteslöts ur materialet, då respondenten vid intervjutillfället uppvisade och påtalade ett behov av psykiatrisk vård.

De kompletterande 28 intervjuerna hade samlats in i samband med två projekt, liknande Återhämtningsprojektet. Nio intervjuer hade samlats in under 1995-1999 i Sverige och var en del av ett nordiskt forskningsprojekt (Topor 2001). Dessa nio intervjuer hade samlats in utifrån identiska inklusionskriterier som Återhämtningsstudien och intervjupersonerna hade rekryterats dels genom personal i psykiatrins öppenvård, dels genom informella kontakter. Intervjuerna var öppna med ingångsfrågan *"Hur började det hela?"*. De återstående 19 intervjuerna hade samlats in inom ramen för en intervjustudie på Forsknings- och Utvecklingsenheten/psykiatri i Västra Stockholm (Denhov 2000). Deltagarna i denna studie var personer i återhämtning som hade kontakt med psykiatrins öppenvård och hade rekryterats genom personal i den psykiatriska öppenvården. Intervjuerna var öppna med den övergripande frågan *"Vad har varit till hjälp för dig i din återhämtning?"*.

Intervjupersonerna informerades inför intervjun om projektets syfte och gav sitt skriftliga samtycke till deltagande och till användande av det anonymiserade materialet.

Det empiriska underlaget för studie I består således av 58 intervjuer.

Tabell 1. Undersökningsgruppens karaktäristik, studie I

Män		29	50%	
Kvinnor		29	50%	
Ålder	18–30	31–44	45–60	61–
Hela gruppen	5	23	22	8
Män	3	14	9	3
Kvinnor	2	9	13	5
Diagnos	Psychos	Bipolar	Personlighets- störning	
	41	9	8	

Genomsnittlig tid mellan den första och den senaste perioden av heldygnsvård (år).

Män	8.8
Kvinnor	9.0

Urvalet från de tre studierna ger oss kunskap om personer som vid tillfället för intervjun var i kontakt med psykiatrins öppenvård och eller socialtjänst, personer som var aktiva inom brukarorganisationerna och personer som inte hade några kontakter med brukarorganisationer eller erhöll socialpsykiatriska insatser

Urval och metod för studie II och III

Studierna 2 och 3 utgår från de 30 intervjuer som insamlades inom ramen för Återhämtningsprojektet som presenterades ovan. Totalt utgörs därmed det empiriska materialet i studie 2 och 3 av 30 personer, 15 män och 15 kvinnor, med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Deltagarnas ålder vid intervjutillfället varierade mellan 33 och 66 år, med majoriteten i åldrarna 35 till 55 år. Enbart en av respondenterna var född utanför Sverige.

Tabell 2. Undersökningsgruppens karaktäristik, studie II-III

Män	15	50%
Kvinnor	15	50%

Ålder	18–30	31–44	45–60	61–
Hela gruppen	0	9	16	5
Män	0	4	8	3
Kvinnor	0	5	8	2

Diagnos	Psychos	Bipolar	Personlighets- störning
Män	11	2	2
Kvinnor	9	4	2

Genomsnittlig tid mellan det första och den senaste perioden av heldygnsvård (år).

Män	12.3
Kvinnor	7.9

De angivna diagnoserna baseras på respondenternas egna uppgifter. Diagnosangivelserna ska inte betraktas som exakta, utan snarare som en indikation på intervjugruppens psykiska funktionshinder. Majoriteten av respondenterna hade fått flera olika diagnoser under sin sjukdomstid. I analysen av intervjuerna har de patienter som någon gång fått diagnosen psykos eller schizofreni kategoriserats som det, oavsett om de fått andra diagnoser tidigare. Självrapportering av diagnoser kan vara en källa till osäkerhet, men har i andra studier uppvisats vara en tillförlitlig källa (Sullivan 1994).

De intervjuades ålder vid insjuknandet fördelade sig lika mellan kvinnor och män. De flesta kvinnor var gifta eller hade en partner, medan 10 av de 15 männen var ensamstående. Samtliga intervjuade hade en egen bostad. En tredjedel hade högskoleutbildning och 17 hade arbete/sysselsättning vid intervjutillfället, i huvudsak genom lönebidragsanställningar (12 pers) och ett fåtal (5 pers) på den öppna arbetsmarknaden. Övriga 13 respondenter hade förtidspension.

Med anledning av den explorativa ansatsen genomfördes intervjuerna med en så öppen ansats som möjligt. Explicit ställdes därför inga intervjufrågor t ex kring respondenternas syn på sociala relationer, eller genuskillnader. Genus och betydelsen av sociala relationer blir en kontext och ett resultat där analysarbetet av intervjuerna har inneburit att studera hur kvinnor och män direkt och indirekt har talat om och förhållit sig till dessa teman. I berättelserna konstrueras genus utifrån den kulturella kontext respondenterna befinner sig i (West & Zimmerman 1987) och betydelsen av sociala relationer blir till en klangbotten för att förstå återhämtningsprocessen.

Urval och metod i studie IV

I studie IV var fokus att studera betydelsen av brukarorganiserat stöd genom RSMH, för människors återhämtning, varför sex personer av de 30 uteslöts då de saknade erfarenhet av kontakt med brukarorganiserat stöd genom RSMH. Studie 4 baseras således på intervjuer med 24 personer (13 kvinnor och 11 män). Fyra personer av de uteslutna hade viss kontakt med andra brukardrivna verksamheter, såsom Anonyma Alkoholister och föreningen Balans (en patient- och anhörigförening för drabbade av förstämningssjukdomar) medan två av de intervjuade inte hade någon kontakt med RSMH eller någon liknande brukarförening.

Engagemanget i RSMH bland respondenterna varierade från att vara anställd i föreningen till att vara en sporadisk eller före detta besökare. Nitton av de 30 respondenterna hade en regelbunden eller aktiv kontakt med sin lokala RSMH-förening och ytterligare fem personer uppgav att de tidigare hade haft kontakt med RSMH.

Tabell 3. Undersökningsgruppens karaktäristik, studie IV

Kön				
Män			11	48%
Kvinnor			13	52%
Ålder				
	18–30	31–44	45–60	61–
Hela gruppen	0	9	16	5
Män	0	3	7	1
Kvinnor	0	4	7	2
Diagnos				
	Psychos		Bipolar	Personlighets- störning
Män	10		0	1
Kvinnor	9		2	2

Analyserna

Ontologiskt var utgångspunkten att människor med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning är huvudsakliga kunskapsbärare för att besvara vad som hjälper i återhämtning från psykisk ohälsa. Återhämtning förstods som en process, föränderlig över tid snarare än ett fenomen. Analysmetoden blev därför ett viktigt verktyg för att analysera olika delprocesser inom återhämtningsprocessen.

Informanternas verklighet är konstruerad och det empiriska materialet har konstruerats ytterligare vid intervjutillfället. Både den insamlade empirin och analysen är skapad ur en delad erfarenhet och relation mellan respondent och forskare (Charmaz 2006). Genomgående för de fyra studierna har arbetet inledningsvis varit strukturerat med ett tydligt tillvägagångssätt i den öppna fasen där kategorier och kärnbegrepp bildat en preliminär struktur. Längre fram i analysarbetet, där syftet är att nå en precision och täthet mellan hur de olika kategorierna förhåller sig till varandra, kan analysarbetet snarare illustreras som cirkulära processer, där de olika stegen inte systematiskt varit klart urskiljbara från varandra. Fokus har flyttats fram och tillbaka mellan data, kategorier och teorier, i strävan efter flexibilitet och noggrannhet i analysmetoderna.

I detta avsnitt kommer analysarbetet i de fyra delstudierna och de metodologiska överväganden som gjorts att redovisas. Avhandlingens övergripande syfte var att undersöka vad kvinnor och män anser bidra till återhämtning från psykisk ohälsa. De fyra delstudierna begreppsliiggör tillsammans återhämtningsprocessen, där de fyra artiklarna bidrar med olika analysområden som tillsammans erbjuder en tänkbar förståelse av återhämtningsprocessen.

I samtliga fyra delstudier började analysarbetet med att koda data från intervjuerna rad för rad. Detta arbete skedde med hjälp av dataprogrammet NVIVO, som just är uppbyggt för kvalitativa analyser enligt grundad teori. Den öppna kodningen skedde genom att sammanfatta varje textrad eller beskriven händelse med ett begrepp. Begreppen associerar till det undersökta fenomenet, i detta fall återhämtningsprocessen, och sättet på vilket man hanterar det. De sammanfattande begreppen jämförs sedan med varandra, och blir allt färre men mer komplexa. Samtidigt genereras nya begrepp. Analysarbetet syftar sedan till att finna återkommande latent mönster i data som namnges. I arbetet med att fånga meningsbärande enheter användes datorprogrammet för en rad operationer i sökande efter nyckelord, begrepps-sökningar, ordräkningar och liknande. Ett antagande inför analysarbetet var att hitta skillnader i människors återhämtningsväg beroende på personernas olika diagnoser. Några sådana skillnader framgick inte, förutom när respondenterna talade om medicin som en återhämtningsbefrämjande faktor. En gemensam faktor för personer med diagnosen bipolär sjukdom var att de var mer positiva till medicin än andra. I studie I var detta 8 personer av de 58 och i studie II, III och IV var det 6 personer av 30.

I *studie I* pågick urvalsprocessen av respondenter (i Återhämtningsstudien) parallellt med att analysarbetet påbörjades (Strauss & Corbin 1994). I materialinsamlingen accepterades till en början samtliga som kontaktade projektet och uppfyllde urvalskriterierna. Efter en tid var intresset större än efterfrågan. Detta innebar att urvalet influerades av att hitta personer som kunde tillföra ytterligare aspekter till de preliminära fynden i syfte att eftersträva en så fullständig bild av återhämtningsprocessen som möjligt. Under det tidiga analysarbetet läste och diskuterade en projektgrupp alla intervjuer. Inför analysarbetet lästes samtliga intervjuer och en kort sammanfattning skrevs om varje intervju. Därefter analyserades materialet rad för rad och preliminära teman formulerades. De öppna temana sorterades i preliminära kategorier. Syftet var att kategorisera meningsfenomen utan att begränsa sig till det som tros vara relevant. En utgångspunkt i den öppna kodningen var att använda respondenternas egna begrepp, dvs. människors vardagsbegrepp. En fördel med användandet av vardagsbegrepp är att de inte är influerade av teoretiska perspektiv. De preliminära kategorierna sammanställdes till en "checklista" som användes vid kommande intervjutillfällen. Denna checklista expanderade under analysarbetets gång.

När insamlandet och analysarbetet av de 30 intervjuerna inom Återhämtningsprojektet var klart analyserades de kompletterande 28 intervjuutskrifterna. I samband med den öppna analysen av dessa 58 intervjuutskrifter framkom en preliminär kärnkategori som uppskattades beskriva själva processen som studien undersöker. Kärnkategorin var "*återhämtning som en social process*".

Denna kärnkategori blev till undersökningens huvudtema och bidrog till att arbetet med att ordna de övriga analyskategorier till en sammanhängande enhet kunde påbörjas. Den öppna kodningen hade gett vid handen en rad olika faktorer som respondenterna ansåg bidra till återhämtning. Dessa faktorer kunde efter jämförelser av innehåll, egenskaper och relationer, sinsemellan delas in i tre övergripande dimensioner; nämligen ”*personen själv*”, ”*andra människor*” och ”*verksamheter*”. Inom ramen för dessa ryms en rad kategorier som respondenterna uppgivit som hjälpande faktorer, men också kategorier som exemplifierar hindrande faktorer för återhämtning. Kategoriernas egenskaper och betydelse återspeglade kärnkategorin i och med sin sociala kärna; genomgående, i kategorierna av insatser och strategier, framkom den sociala relationen som den återhämtningsbefrämjande faktorn. Under denna process vävdes också litteratur i form av tidigare forskning kring sociala relationers betydelse in i analysen för att ytterligare precisera kategoriernas egenskaper och att jämföra relationen mellan begrepp med hjälp av teoretiska koder.

Tabell 4 illustrerar de tre huvudkategorierna, med respektive underrubriker, som växte fram ur analysarbetet och som tillsammans bildar en begreppsram för att förstå återhämtning som en social process.

Tabell 4. Återhämtning som en social process

Sociala insatser	Det sociala jaget	Informella sociala kontakter
Medicin som relation Ömsesidighet Kontinuitet	Meningsskapande Eget uttryck Söka sig till stödjande miljöer Reglera livstempot	Familj som praktisk resurs Vänner för kontinuitet Brukare: kollektiv mening, öppenhet och normalisering

Vid upprepanade tillfällen återkopplades det till ursprungsdata, det vill säga intervjuutskriften och till de sammanhang de olika citaten var hämtade ur för att undersöka så att inga betydande aspekter förbisetts i materialet. Teorin modifierades kontinuerligt till dess att memoanteckningarna skrevs ihop och artikeln formulerades.

Inför *studie II* genomfördes en ny analys av de 30 transkriberade intervjuerna. I studie I hade vissa skillnader i vad kvinnor och män ansåg stödja deras återhämtning framkommit, varför en fördjupad analys genomfördes för att studera hur kvinnor och män beskriver att de återhämtar sig.

Inledningsvis lästes samtliga intervjuer igenom uppdelade utifrån genus för att skapa en övergripande uppfattning om gemensamma nämnare inom genus, skillnader mellan genus och skillnader inom genus. Anteckningar från denna genomläsning fördes som memoanteckningar. Därefter kodades intervju materialet rad för rad, genom att sammanfatta textrader eller händelser med begrepp, så kallade öppna koder. Efter denna öppna kodning jämfördes begreppen mot varandra och sorterades i övergripande kategorier. Ett temporärt begreppslika ramverk skapades i form av kategorier med begreppslika underteman. Efter denna öppna men grundläggande kodning delades det empiriska materialet upp i kvinnor och män och jämfördes med de övergripande kategorier som hade skapats. Denna genusuppdelade analys innebar nya upptäckter, där både mönster som var gemensamma och mönster som belyste skillnader mellan kvinnors och mäns återhämtningsprocesser blev tydliga. Mönstrens karaktär, skillnader dem emellan och deras egenskaper skrevs ner som memos.

Efter jämförelser av dessa mönster och kategorier, där flera kategorier modifierades framkom en gemensam process för kvinnor och män, men där genuskillnader inom de olika undervariablerna framgick. Den kärnkategori som framkom ur materialet var ”*En personlig återhämtningskamp*”.

Tabell 5. En personlig återhämtningskamp

Återhämtningskompetens	Förkroppsligad återhämtning	Sammanhang
Från patient till kvinna/man i återhämtning Genusinfluerade strategier Meningsskapande/	En genusinfluerad kommunikativ kropp Uppvisa hälsa/ohälsa	Kvinnor i en ömsesidig relation/ Den manlige lärlingen Familjen: som praktisk avlastning/ansvarstagare
Sjukdomskunskap	Den undandragande mannen/hjälpsökande kvinnan Medicin som hinder/redskap	Betydelsen av tidigare vänner

I analysen framkom att återhämtningsprocessen var en personlig process som påverkade alla delar av det liv individerna levde. Den personliga kampen innehöll en rad olika faktorer som efter upprepade jämförelser sinsemellan kunde sorteras in i tre huvudkategorier. Dessa huvudkategorier blev undervariabler till kärnkategorin och ger en förståelse för denna personliga kamp. Dessa undervariabler var *återhämtningskompetens*, som beskrev individens strategier och meningsskapande, *förkroppsligad återhämtning*, som beskriver kroppens manifestering av psykisk ohälsa och återhämtning, och *sammanhang*, som beskriver processen att lämna isolering och få tillgång till delar av ens friska jag samt till stödjande miljöer.

I upprepade jämförelser av kategorierna inom respektive undervariabel framkom hur de genomsyrades av genusnormer. För att fördjupa analysen om hur dessa skillnader kan förstås och vilka innebörder dessa skillnader kan ha för återhämtningsprocessen vävdes en genusteori in i analysarbetet samtidigt som litteratur kring genus och psykisk ohälsa samt genus och fysiska funktionshinder söktes. Relevant litteratur och genusteori vävdes således in i analysen. Teoretiska memos skrevs genom hela analysprocessen. Dessa memos sorterades och illustrerades i slutet av analysperioden. Memos från den jämförande analysen mellan kvinnor och män jämfördes i detalj mellan kategorier och begrepp genom att använda olika teoretiska och emotionella koder (Glaser 2001).

Inför *studie III* genomfördes återigen en ny analys av de 30 transkriberade intervjuerna. I studie I och II hade människors meningsskapande kring sin psykiska ohälsa och sin återhämtning framgått. Syftet med den tredje studien var således att analysera hur människor skapar mening kring sin psykiska ohälsa och återhämtning och vilken betydelse detta meningsskapande har för återhämtningsprocessen. Inför denna studie lästes de 30 transkriberade intervjuerna först igenom, utan att kodningen påbörjades. Under denna genomläsning antecknades allt som verkade intressant kring människors meningsskapande som memos. Dessa anteckningar systematiserades till ett preliminärt mönster av förslag till analysstrådar och öppna frågor till materialet. Efter denna genomläsning kodades intervjumaterialet rad för rad i NVIVO, genom att sammanfatta textrader och händelser med begrepp. När denna öppna kodning var genomförd jämfördes begreppen mot varandra och sorterades i övergripande kategorier och ett temporärt begreppslika ramverk skapades i form av kategorier med begreppslika underteman.

Den kärnkategori som framkom ur denna öppna kodning var ”*Orsak till ohälsa*”. I analysen framkom att respondenternas subjektiva meningsskapande kring varför de drabbats av psykisk ohälsa påverkade synen på återhämtning och på vilket sätt individerna bidrog i sin återhämtningsprocess. Det personliga meningsskapandet innehöll en rad olika faktorer som efter konstanta jämförelser kunde sorteras in i tre huvudkategorier. Dessa huvudkategorier blev tre undervariabler till kärnkategorin och föreslår hur orsak till ohälsa kan förstås. *Kategorisering*, anger hur ohälsan kategoriseras och värderas. *Personligt bidrag* innefattar individens eget bidrag till ohälsan och till sätt att kontrollera den. *Återhämtningsmål* omfattar hur man ser på sin tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa idag och hur respondenterna ser på sig själva idag. För att fördjupa kunskapen om meningsskapande samlades ytterligare data in i form av litteratur kring meningsskapande och coping. Dessa data vävdes in i analysarbetet samtidigt som koderna i respektive kategori ytterligare jämfördes och modifierades. Under denna fas analyserades relationen mellan huvudkategorierna genom jämförelser och egenskaperna utifrån memoanteckningarna.

Tabell 6. Orsak till psykisk ohälsa

Kategorisering	Personligt bidrag	Återhämtningsmål
Ohälsans beteckning	Proaktiva/Reaktiva agenter	Symptomkontroll
Ohälsans ursprung	Genusförväntningar	Anpassning
Ohälsans värde	Moral	Autenticitet

I analysarbetet framgick variationer inom studiegruppen där kategoriseringen av den psykiska ohälsan framträdde som betydelsefull. Kategoriseringen påverkade hur respondenterna uttryckte sitt eget bidrag till ohälsan och till återhämtningen, hur livet påverkas och olika mål för sin återhämtningsprocess. Brukarna kategoriserade ohälsan bland annat som en ”objuden fiende”, som ”en inneboende sårbarhet” eller som ”reaktioner för förtryck eller miss-handel”.

Huvudkategorierna samverkade på flera sätt och utifrån ett orsak-verkan samband framkom fyra olika grupper i materialet, utifrån skillnader i hur respondenterna beskrev orsaken till sin psykiska ohälsa. Genom denna uppdelning framträdde skillnader mellan kvinnor och män, men även skillnader mellan kvinnorna sinsemellan och mellan männen, just beroende av hur de kategoriserade sin ohälsa. Dessa fyra grupper placerades så in i det mönster av meningsskapande kring ”orsaker till ohälsa”, vilket illustrerade fyra typer av meningsskapande. Efter denna komparation kunde variationer i kärnprocessen förstås och föreslås.

Studie IV syftade till att närmare studera vilken betydelse mötet med människor med egen erfarenhet av psykisk ohälsa i brukarstödda verksamheter, hade för respondenterna. Att möta andra med liknande erfarenheter var något som analysen i de tidigare delstudierna visat som betydelsefullt. Inför denna studie lästes de 30 transkriberade intervjuerna först igenom, utan att kodningen påbörjades. Syftet med genomläsningen var att få en övergripande bild av hur dessa möten beskrivs, men också att exkludera de personer som inte hade erfarenhet av brukarstyrda insatser av det slag som studerades. Under genomläsning antecknades allt som verkade intressant kring betydelsen av att möta andra brukare som memos. Dessa anteckningar systematiserades till ett preliminärt mönster av förslag till analystrådar och öppna frågor till materialet. Efter denna genomläsning kodades intervjumaterialet rad för rad, genom att sammanfatta textrader eller händelser med begrepp. När denna öppna kodning var genomförd jämfördes begreppen mot varandra och sorterades i övergripande kategorier och ett temporärt begreppsligt ramverk skapades i form av kategorier med begreppsliga underteman.

Den kärnkategori som framkom ur denna öppna kodning var "igenkännandets kraft" vilket namnger den process som framgick som kännetecknande i mötet mellan brukare. När de olika kategorierna jämfördes framkom igenkännandets kraft som en process där kategorierna hade olika innebörder och egenskaper och samverkade i en särskild ordning. För att fördjupa kunskapen om betydelsen av att känna igen sig i andras erfarenheter och vilka innebörder denna igenkänning kan ha för återhämtningsprocessen, samlades litteratur kring betydelsen av brukarstöd, *peer support*, in. Kunskap från denna litteratur vävdes således in i analysarbetet, vilket modifierade kategorierna utifrån innehåll och egenskaper.

Flera av de undervariabler som framträdde i analysen som beskriver "igenkännandets kraft" bekräftades och förtätades genom det teoretiska urvalet. Dessutom framträdde en ytterligare variabel i ursprungsdata, som illustrerade ytterligare en aspekt av modellen, som inte bekräftades i jämförelse med det teoretiska urvalet. De teoretiska anteckningarna beskrev innebörden och egenskaperna i varje undervariabel och genom konstanta jämförelser framträdde fem undervariabler som illustrerar hur processen "igenkännandets kraft" kan förstås; Dessa undervariabler utvecklades till en femstegs process utifrån brukarnas berättelser. Processen kännetecknades av temporalitet och formades utifrån brukarnas berättelser om hur de först får kontakt med brukarorganisationen och hur engagemanget utvecklas över tid.

Rörelsen mellan de olika stegen förstods som en personlig intern process som framförallt sker i mötet med andra brukare men också i mötet med det omgivande samhället såsom utbud av aktiviteter och sysselsättning. Kategoriernas egenskaper och betydelse återspeglade kärnkategorin. Under den selektiva fasen vävdes också litteratur i form av tidigare forskning kring brukarstöd in i analysen i syfte att ytterligare precisera kategoriernas egenskaper och att jämföra relationen mellan begrepp med hjälp av teoretiska koder.

Tabell 7. Igenkännandets kraft

Möta brukare	Bruten isolering Upplevelsens bekräftelse och normalisering Värdefull kunskap
Vara sig själv	Lita på andra Acceptans och förståelse Hopp om förbättring Känsla av delaktighet
Hjälpa andra	Dubbla roller Meningsskapande och verbalisering Känna sig behövd bland brukare
Komma ut	Driva intressefrågor En utvidgad arena Erfarenhet som värdefull kunskap Betala tillbaka
Växa ur	Mellan identiteter Utanförskap och avund Alternativa aktiviteter

Generaliserbarhet

Att genomföra en studie baserad på ett begränsat antal människors berättelser innebär begränsningar. Kvalitativa eller kvantitativa studier på ett större urval skulle kunna validera de fyra delstudiernas resultat. Skälet till att genomgående använda kvalitativ metod var den komplexitet och individualitet som karakteriserar återhämtningsprocessen. I strävan att genomföra en naturalistisk undersökning präglad av holism blev därför en kvalitativ metod nödvändig. Inom grundad teori används vanligtvis inte begrepp såsom generaliserbarhet eller reproducerbarhet. Istället används kriterier för kvalitet i forskningsprocessen genom termer som *relevans*, *funktion/användbarhet* och *modifierbarhet*. Relevans påminner dock om validitet i förståelsen att resultaten överensstämmer med den studerade verkligheten (Merriam 2002). Med begreppet relevans åsyftas att det som studeras motsvarar syftet och att begreppen är genererade i det empiriska materialet. En begränsning i studierna var att urvalet i delstudierna dominerades av människor födda i Sverige med i vissa avseenden bättre livsvillkor än gruppen människor med allvarlig psykisk ohälsa generellt. Vid sidan av genus kan förutsättningarna för återhämtning påverkas av faktorer som etnicitet, klass och kultur (Druss 2000). Erfarenheter av migration, hemlöshet eller missbruk fanns enbart representerat bland ett fåtal av respondenterna. I Återhämtningsstudien dominerades

populationen av brukare delaktiga i RSMH. På vissa håll var återhämtningsbegreppet introducerat i RSMH:s lokalföreningar, vilket kan ha påverkat berättelsernas innehåll och struktur. Delaktigheten i brukarorganisation kan också innebära att gruppen har ett mer ordnat socialt nätverk än vissa andra med erfarenhet av psykisk ohälsa. Att de flesta av respondenterna själva tog kontakt med projektet, kan implicit vara ett tecken på att gruppen är informerad och innehar sociala resurser. De såg sig själva som personer i återhämtning och ville berätta sin livsberättelse. Men även om erfarenheter av psykisk ohälsa och episoder av vård inom psykiatri i många avseenden är subjektiva upplevelser, finns det inget som talar för att erfarenheterna bland respondenterna i denna studie skiljer sig från erfarenheterna hos andra i liknande situationer.

En aspekt som togs hänsyn till i analysen var vilken betydelse intervjuarnas olika kön hade på de genomförda intervjuerna. I återhämtningsstudien genomförde den manliga intervjuaren intervjuer med både kvinnor och män, på samma sätt som den kvinnliga intervjuaren genomförde intervjuer med både kvinnor och män. I studie 1 baseras materialet på tre intervjustudier genomförda av sammantaget två män och två kvinnor, med både kvinnliga och manliga respondenter. Analysen av intervjuernas innehåll illustrerar inga skillnader i vilka områden som tas upp i de olika intervjuerna. Den checklista som utvecklades under materialinsamlingen blev också ett verktyg i syfte att bredda och fördjupa intervjuerna.

Däremot finns en del genus specifika kommentarer som uppstod vid intervju-tillfällena, där respondenterna refererar till en gemensam upplevelse förklarad av den gemensamma könstillhörigheten. I analysarbetet har jag dock inte kunnat finna att genuskapandet i relation till berättaren på ett avgörande sätt påverkar *vad* som berättas, alltså innehållet, utan snarare till viss del på *hur* man berättar, dvs. hur man formar sin berättelse.

Enligt grundad teori metodologi ska materialinsamling ske till dess att "mättnad" har uppstått. Teoretisk mättnad innebär att de flesta händelser som uppkommer i data kan förklaras av teorin. Ingen kan längre berätta något kring det studerade fältet som överraskar forskaren (Glaser & Strauss 1967). I föreliggande avhandlingsarbete pågick datainsamling parallellt med analysarbetet i praktiken till dess att de 30 återhämtningsberättelser, som projektansökan utlovade, hade samlats in. Praktiska förhållanden styrde således materialinsamlingen. I en mer traditionell grundad teori studie hade datainsamlingen i form av intervjuer kunnat avslutas långt tidigare, då många intervjuer i slutet av datainsamlingen snarare bekräftade det mönster som börjat framträda, istället för att tillföra ytterligare aspekter.

Det som i grundad teori avses som mättnad innebär inte att ytterligare intervjuer repeterar det som tidigare berättats eller förekommit, utan att ny data inte längre tillför nya aspekter eller teoretiska insikter i ett framväxande

mönstret (Charmaz 2006). Mättnadsdiskussionen är dock oklar och förblir trots allt en tolkningsfråga. Att hävda mättnad kan också innebära att hindra vidare analytiska möjligheter (Dey 1999). Klart är dock att den framväxande teorin inte försämras av upprepande datainsamlingar och med de ytterligare jämförelserna. Mättnadsbegreppet refererar till såväl kategorier som deras egenskaper och kan båda revideras av nya observationer (Charmaz 2006).

Vid sidan av ovanstående begränsningar, i termer av relevans, har ett uttalat mål att försöka fånga och verkligen förstå vad respondenterna beskrev präglat materialinsamlingen. Ett sätt att göra det var att ställa förtydligande frågor och naivt upprepa det respondenterna berättade för att nå ytterligare aspekter i det berättade. Ett annat sätt att höja relevansen var att öppna för möjligheten att återkomma till respondenterna om något var oklart vid transkriberingen. Dessutom erbjöds respondenterna att läsa igenom sina transkriberade intervjuer och på så sätt öppna för eventuella klargöranden av saker som de själva ansåg som oklara. Relevans (eller validitet) vid intervjuundersökningar kan dock aldrig reduceras till generella regler eller tillvägagångssätt. Ett instrument i strävan efter att hålla sig så nära det empiriska materialet som möjligt har dock varit att i analysarbetets öppna kodningsprocess använda sig av respondenternas egna kategorier eller begrepp, så kallad in-vivo kodning.

Funktion/användbarhet syftar till att den föreslagna förståelseram som skapas ska vara användbar i praktiken och bidra till en ökad förståelse. Förståelseramen ska föreslå en allmän process som har en underförstådd innebörd. Genom att analysera och re-analysera intervjuerna med hjälp av datorprogrammet NVIVO kunde en begreppslig förståelseram skapas med hjälp av de olika hypoteserna som grundades i det empiriska materialet. Tanken med en funktionell analys är att själva förståelseramen ska vara tydlig och väcka idéer till vidare forskning inom andra fält. Ett avgörande hjälpmedel i att forma och omforma den framväxande förståelseramen har varit memoskrivandet. I memoskrivandet har egenskaper och innehåll för koder och kategorier beskrivits. Frågor till materialet har formulerats och ett otal illustrationer har tagit form i ett försök att illustrera denna ram.

Modifierbarhet innebär att den framväxande förståelseramen kring den studerade processen under hela analysarbetet måste rätta sig efter det empiriska materialet och det som hittas. Förståelsen bör kunna förändras med hjälp av nya data eller litteratur.

I det inledande analysarbetet var utgångspunkten till en början ”teorilös”, dvs. intervjuerna samlades in och analysarbetet påbörjades utan hjälp av en teori om hur orsakerna till psykisk ohälsa eller varför man återhämtar sig ska förstås. Efter den öppna kodningen och framväxten av preliminära samman-

fattande koder och en kärnvariabel genomfördes teoretisk sampling för att göra jämförelser med tidigare forskning och modifiera och klargöra den framväxande förståelseramen. Detta arbete blev vägledande för hur de fyra delstudierna skulle utformas. Det primära syftet med delstudierna var således att på olika sätt fördjupa analysen av kvinnors och mäns återhämtningsprocesser. Den begreppsliga förståelseram som presenteras i avhandlingen har syftet att ge en tänkbar förståelse kring återhämtningsprocessen, men måste kunna modifieras utifrån den verklighet eller data som ska studeras (Merriam 2002).

Etiska aspekter

Vilka etiska riktlinjer bör då följas i en studie där människor med erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning blir utsedda som kunskapsbärare och ombeds berätta vad de själva anser ha varit till hjälp? Det generella syftet med projektet var att, genom erfarenhetsbaserade berättelser, fördjupa kunskapen om vad som bidrar till återhämtning. Denna förvärvade kunskap ska spridas till andra människor med psykiska funktionshinder samt till socialtjänst och psykiatri. Undersökningen kan således innebära flera fördelar för såväl gruppen människor med psykiska funktionshinder, som för de enskilda deltagarna som utnämns som efterfrågade kunskapsbärare. Men trots att studiernas resultat kan innebära fördelar för de involverade kvarstår en rad etiska aspekter att ta hänsyn till.

I projektets början kontaktades Etiska kommittén vid Karolinska Sjukhuset som då informerade att studiens design inte krävde en etisk granskning, då ingen av respondenterna stod under psykiatrisk vård samt att deltagandet i studien byggde på frivillighet. Intervjuarna hade inte heller någon anknytning till den psykiatriska vården eller socialtjänsten. Däremot har vaksamhet på etiska riktlinjer präglat forskningsarbetet och kommer här presenteras utifrån tre grundprinciper; *informerat samtycke*, *konfidentialitet* och *konsekvenser* (Kvale 1997). Informerat samtycke innebär att de som deltar i studien ska vara informerade om studiens syfte och design, vilka konsekvenser ett deltagande kan ha samt att deltagande i studien är på frivillig basis med möjlighet att avbryta när som helst utan att detta får några konsekvenser för deltagaren (Silverman 2004). Inför materialinsamlingen skapades en webbplats där projektets generella syfte beskrevs samt mer i detalj hur resultaten skulle användas.

Där publicerades även information kring vilka inklusionskriterierna var för att delta, att deltagandet skedde anonymt och på frivillig basis med möjligheter att avbryta när som helst, samt uppgifter om hur man kontaktade projektet. Samma information trycktes på en informationsbroschyr som spreds på RSMH: s lokalföreningar, på husläkarmottagningar och på ett fåtal bibliotek.

När respondenterna kontaktade projektet för deltagande, blev de återigen fullt informerade om projektets syfte och villkor för deltagande. Vi som genomförde intervjuerna presenterade oss själva och den fråga som vi planerade att ställa och respondenterna fick föreslå tid och plats för intervjun. Vid intervjutillfället informerades intervjupersonerna om deltagandets frivillighet och deras möjlighet att undvika områden de inte ville tala om eller avbryta intervjuerna utan konsekvenser för dem själva. De försäkrades även om möjligheten att läsa igenom sin utskrivna, anonymiserade intervju innan de godkände den. Samtliga respondenter gav sitt muntliga samtycke inför intervjun och godkände bandinspelning. I kvalitativ forskning av detta slag finns alltid en risk med att under själva intervjutillfället stöta på oförutsedda uppslag eller teman (Eisner 1991) och det kan på så sätt inte på förhand garanteras vad vi behöver ett informerat samtycke för.

Lincoln (1990) föreslår att informerat samtycke mer ska ersättas av en dialog om samtycke som löper under hela undersökningen så att slutresultatet skapas tillsammans. Inom ramen för intervjustudien gavs en viss grad av dialogiskt perspektiv genom att garantera respondenterna tillfälle att läsa igenom sina anonymiserade intervjuutskrifts med möjlighet att lägga till uppgifter eller dra ifrån. Efter denna process gav respondenterna sitt skriftliga, informerade samtycke för användning av materialet i ett forskningssammanhang.

Konfidentialitet innebär att de personer som ingår i studien inte kan identifieras. Konfidentialitetsaspekten diskuterades noggrant inom projektet och med varje respondent. Förutom det grundläggande målet att garantera respondenternas personliga integritet var målet att möjliggöra användande av intervjuutskrifts i delar och i sin helhet. Personernas egna namn, namn i det sociala nätverket inklusive personal från socialtjänst och psykiatri liksom platser och årtal fingerades. Däremot uttryckte flera av respondenterna att de inte ville vara anonyma utan göra sin återhämtningsberättelse och sig själva offentliga. Utifrån ett återhämtningsperspektiv kan möjligheten att få berätta för andra och bejaka alla sidor av sig själv vara ett betydelsefullt steg i en återhämtningsprocess (Corrigan et al. 2005; Davidson et al. 2003; 2005). Men efter noggranna diskussioner inom projektgruppen beslutades att samtliga intervjuer skulle aidentifieras inom ramen för projektet, då intervjugruppen även innehöll personer som inte ville identifieras.

Konsekvenser av en intervjuundersökning måste uppmärksammas både utifrån vilken möjlig skada ett deltagande kan innebära för respondenterna, dels utifrån vilka förväntade fördelar som deltagandet kan innebära (Kvale 1997). I forskningsetiska diskussioner används ofta begreppet "beneficence", det vill säga fördelaktighet, vilket innebär principen att de potentiella fördelar ett deltagande kan ha för försökspersonen och betydelsen av studiens

resultat, ska uppväga de risker som försökspersonen utsätts för. (Silverman 2004). En risk med att intervjua människor som tidigare erfarit psykisk ohälsa och psykiatrisk vård är att plågsamma minnen av till exempel sjukdom, rädsla, tvång eller skam återuppväcks vid intervjutillfället. En annan risk kan vara att personer som får tillfälle att sammanhängande berätta sin livshistoria och upplever engagemang och förståelse från intervjuaren, riskerar att berätta mer än han/hon hade tänkt från början och ångrar sig eller känner oro efter intervjutillfället. Dessa två tänkbara negativa konsekvenser av att bli intervjuad var vägledande för att respondenterna gavs den öppna intervjufrågan före själva intervjutillfället.

Syftet var att rikta berättelsen mot återhämtningsprocessen, snarare än själva insjuknandet och sjukdomstiden. Fokus för intresset var egen kunskap om vad som hjälper i en återhämtningsprocess och där individen utnämndes som en viktig kunskapsbärare. Ett skäl för deltagande bland flertalet av respondenterna var utgångspunkten att vad som i mångas ögon betecknades som bortkastade år, blev till en viktig och efterfrågad kompetens. En majoritet såg det som en förmån att med sin egen berättelse kunna hjälpa andra i liknande situation.

Presentation av de fyra studierna

Studie I

Schon, U-K., Denhov, A., Topor, A. Decisive factors in recovery from mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*.

Syfte: Studie 1 är en baseline artikel med syfte att undersöka vilka faktorer 58 personer med egen erfarenhet av allvarlig psykisk ohälsa och återhämtning beskriver som hjälpande, samt vad i dessa faktorer som uppfattas som återhämtningsbefrämjande. De huvudsakliga frågeställningarna var: Vad utnämner människor själva som hjälpande faktorer i sin återhämtning från psykisk ohälsa. På vilket sätt är dessa faktorer hjälpande? Finns det likheter med vad individer som återhämtat sig i Sverige berättar, i jämförelse med likartade studier i Nordamerika och Australien.

Huvudsakliga resultat: Även om svarsmönstren varierade mellan de 58 respondenterna, återkom i de allra flesta berättelser en rad hjälpande faktorer. Andra människor såsom professionella inom socialtjänst och psykiatri, närstående och vänner, personen själv genom individuella strategier att hantera den psykiska ohälsan, medicin, psykiatrisk heldygnsvård, terapi och andra aktiviteter, var de mest förekommande faktorerna. Men i en analys av dessa faktorer framträdde en social aspekt.

Den kärnkategori som analysen av materialet gav var *återhämtning som en social process*, vilket underströk sociala relationer som avgörande för återhämtningsprocessen. Återhämtning är en individuell process som äger rum både inom personen själv och i relation till samhället i övrigt. Processen karakteriserades av föränderlighet över tid avseende personlig mognad, reviderade strategier och förändrade behov av stöd. Den sociala återhämtningsprocessen förstås genom tre överlappande dimensioner som framträdde som avgörande i analysen;

(1) *Det sociala jaget*, som syftar till den interna återhämtningen genom att återfinna friska bitar av sig själv och personliga strategier för att hantera sitt psykiska funktionshinder.

I materialet framträdde respondenterna som den drivande kraften i återhämtningsprocessen genom en gradvis förändring från ett passivt jag till ett aktivt jag. Respondenterna upprättade små mål i sin återhämtningsprocess som karaktäriserades av föränderlighet och omprövning. Respondenterna beskrev upprepade försök, motgångar, insikter och personlig mognad.

(2) *Sociala insatser* var den andra dimensionen och syftar på återhämtningsbefrämjande insatser från den psykiatriska vården, socialtjänsten, och självhjälpgrupper. I respondenternas berättelser underströks hur de sociala relationerna var avgörande för om insatser skulle uppfattas som återhämtningsbefrämjande eller inte. När respondenterna beskrev en särskild behandling som hjälpande var det inte enbart själva metoden eller preparatet som var den hjälpande faktorn utan framförallt relationen till behandlaren.

En hjälpande social relation karaktäriserades av känslan av samarbete och ömsesidighet.

(3) *Social samhörighet* var den tredje dimensionen och relaterar till hur respondenterna återtog sin känsla för sammanhang genom att komma i kontakt med andra och återfå förmågan att acceptera stöd från familj, vänner och andra brukare, samtidigt som den egna förmågan att ge stöd till andra utvecklades. Respondenterna beskrev tiden just före och under sin vårdtid som perioder av tilltagande isolering och brutna sociala relationer. Trots det beskrevs sociala kontakter som centrala i återhämtningsprocessen och som en nyckel till ett socialt sammanhang utanför den psykiatriska vården.

Slutsatser: Resultaten från de 58 intervjuerna visar att många av de dimensioner som människor beskriver som hjälpande för deras återhämtning är gemensamma. Men inom dessa faktorer beskrivs den sociala relationen som avgörande. Stöd och insatser från den offentliga vården, och från individers informella sociala nätverk måste förstås utifrån kvaliteten på de sociala relationer som ingår. I återhämtningsprocessen skapar individer sociala relationer och söker socialt gynnsamma miljöer som en strategi att hantera och minska sina symptom. Dessa resultat står i motsats till den psykiatriska vårdens beskrivning av människor med allvarlig psykisk ohälsa som inkapabla att skapa och behålla sociala relationer.

Studiens resultat understryker även behovet av att återhämtningsprocessen analyseras ur ett genusperspektiv, då vissa skillnader mellan vad kvinnor och män beskrev som hjälpande upptäcktes.

Studie II

Schon, U-K. Recovery from severe mental illness, -a gender perspective
Scandinavian Journal of Caring Sciences. (resubmitted)

Syfte: Studie två genomfördes för att undersöka genuskillnader i vad 30 personer beskriver som hjälpande faktorer i deras återhämtning från allvarlig psykisk ohälsa. Utgångspunkten var att ett genusperspektiv kan vara en betydande dimension för att förstå individers strategier för att återhämta sig. Tidigare forskning har visat att manifesterandet av sjukdomsberättelser är influerat av genus. Kvinnor och män skapar sina berättelser i relation till genusstereotyper (Crawford 1995). I denna studie står istället personers *strategier* i fokus och om, och i så fall hur, dessa återhämtningsstrategier är influerade av genus.

Huvudsakliga resultat: Resultaten från den kvalitativa analysen visar att återhämtningsprocessen är en personlig kamp märkt av såväl genussymbolik, genusstruktur och ett personligt genusskapande (Harding, 1986).

Återhämtningsprocessen startar i en tid som respondenterna beskriver som dominerad av en sjukdomsidentitet och rör sig mot en genusstereotyp personlig utveckling. Kvinnors och mäns återhämtningskamp innehåller både likheter och skillnader. Skillnaderna kan förstås i termer av genusskapande, både på individnivå och på en strukturell nivå, påverkade av genusnormer i respondenternas sociala nätverk, i den psykiatriska vården och i samhället i stort.

Männens återhämtningskamp var influerad både av samhälleliga genusförväntningar och av männens personliga genusskapande i sina återhämtningsstrategier. För de manliga respondenterna innebar återhämtning att skapa kontroll över sjukdomen och hindra återfall. Männerna beskrev strategier som de skapat genom att skaffa sig kunskap om sjukdomen genom kontakter med professionella i psykiatrin och genom personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. De flesta män talade om medicin och psykoedukativa insatser från psykiatrin som avgörande för deras återhämtningsprocess. De illustrerade hur de hanterade psykiatris hierarkiska system genom att anta rollen som "lärling" inför läkarnas "expertkunskap" i den psykiatriska heldygnsvården. Även om det sociala nätverket beskrevs som en återhämtningsbefrämjande faktor redovisade männen ett klart mer begränsat stödjande nätverk än kvinnorna.

Men genussymbolism och traditionella genusstrukturer såsom att män är huvudförsörjare, har en position på arbetsmarknaden och är oberoende, hindrade männen i deras meningsskapande. Trots framgångar i att bemästra allvarlig psykisk ohälsa och en personlig mognad, uttryckte många att bristen på arbete och självständighet var faktorer som hindrade dem att se sig själva som män i allmänhet.

För de kvinnliga respondenterna handlade den personliga återhämtningskampen om att återta kontrollen över hela identiteten genom att förstå och acceptera sig själv som en helhet. Flertalet av kvinnorna upplevde inte psykiatrins heldygnsvård som återhämtningsbefrämjande, utan en faktor som ökade känslan av hjälplöshet, skam och förtryck. De beskrev sig själva som "besvärliga patienter" och var hjälpsökande, protesterande och ibland självdestruktiva. De flesta kvinnor beskrev även medicin som en försvårande faktor för att skapa mening. Däremot beskrev de kvinnliga respondenterna hur sociala kontakter med professionella, andra brukare, närstående, vänner från tiden innan man blev sjuk och nya vänner med egen erfarenhet av psykisk ohälsa hade stor betydelse för återhämtningsprocessen.

Slutsatser: Att applicera ett genusperspektiv på psykisk ohälsa och återhämtning innebär en möjlighet att ifrågasätta hur kvinnor och män blir bemötta och ser på sig själva i det sammanhang de lever.

Psykiatrin är ett avtryck av de normer som råder i samhället med uppgift att normalisera onormala och oacceptabla beteenden. Psykiatrin är märkt av genusnormer, där männen i denna studie beskriver sig som mer hjälpta av de insatser som ges än vad kvinnorna gör. Dessa resultat påtalar behovet av ett genusperspektiv i den psykiatriska vården för att öka möjligheterna för kvinnor att få tillgång till en god behandling där de känner trygghet och möter en ömsesidighet. Trots denna manliga genusfördel tycks kvinnorna i studien ha en annan fördel genom traditionella genusnormer i samhället. Många av kvinnorna levde ett liv liknande många andra kvinnor i samhället. Männen å andra sidan levde sina liv annorlunda än de flesta män i allmänhet. I en övergångsperiod tycks kvinnor i återhämtning från psykisk ohälsa ha en fördel i jämförelse med män på grund av traditionella genusnormer.

Studie III

Schon, U-K. How Men and Women in Recovery Make Meaning to Severe Mental Illness. *Journal of Mental Health*.

Syfte: Den tredje studien syftar till att undersöka hur kvinnor och män skapar mening kring sina psykiska funktionshinder och hur detta meningsskapande bidrar i en återhämtningsprocess. Utgångspunkten är att detta meningsskapande sker i relation till samhället i övrigt och denna kontext är influerat av genus på olika nivåer. De huvudsakliga frågeställningarna är: Hur skapar kvinnor och män mening kring sina psykiska funktionshinder? Hur påverkar detta meningsskapande återhämtningsprocessen? Är detta meningsskapande influerat av traditionella genusnormer?

Huvudsakliga resultat: En kvalitativ analys av 30 djupintervjuer med människor i återhämtning från psykisk ohälsa visade på orsakerna till varför respondenterna menade att de drabbats av psykisk ohälsa.

Analysen pekade på skillnader såväl *mellan* kvinnor och män, som inbördes skillnader mellan kvinnorna och mellan männen. Materialet uppvisade fyra typer av förklaringar kring varför man hade drabbats av psykisk ohälsa och hur man skapade mening kring den. Grupperna hade många likheter, men illustrerade också skillnader som hade betydelse för återhämtningsprocessen. De fyra mönstren av orsaksförklaring till psykisk ohälsa beskrivs genom tre dimensioner som framkom i analysen;

Kategorisering av ohälsan, avser hur människor betecknar psykisk ohälsa, varför den har uppstått och vilket värde den ges. *Personligt ansvar* avser hur individerna har bidragit till sin ohälsa och vilken betydelse personen har för att kontrollera den. *Återhämtningsmål* omfattar hur en ny mening skapas i livet, vid sidan av ohälsan.

Dessa tre dimensioner av orsak till ohälsa är sammanvävda och karaktäriseras av temporalitet och omvärderingar och påverkade återhämtningsprocessen på flera sätt. De flesta, nämligen tre av de fyra grupperna, uppvisade en psykosocial anpassning och ett meningsskapande som associerade till en roll som frisk. Den fjärde gruppen antog en sjukroll och illustrerade strategier som fokuserade på att konstant slå tillbaka en latent sjukdom.

Slutsatser: Resultaten från denna studie uppvisar likheter med copingforskning kring fysisk ohälsa och meningsskapande.

Meningsskapandet förstås som en central aspekt i att anpassa sig till och hantera sina psykiska funktionshinder. Flertalet studier påtalar i likhet med föreliggande studie en genusskillnad där kvinnor generellt skapar en mer positiv mening kring sitt funktionshinder, än vad män gör. Meningsskapandet blir avgörande för människors copingstrategier, vilket kan medföra att mäns negativa meningsskapande kring psykisk ohälsa försvårar deras återhämtningsprocess medan kvinnors meningsskapande befrämjar återhämtning.

En annan slutsats är att för ett flertal av de intervjuade beskrevs en oförmåga att leva upp till traditionella genusnormer som en orsak till psykisk ohälsa. Dessa resultat understryker betydelsen av att i ett återhämtningsarbete beakta den "genusstress" som individer upplever och där ett meningsskapande uppmanas att omvärderas i relation till individens kapacitet och livssituation.

Studie IV

Schon, U-K. The power of identification. Peer support in recovery from mental illness. *Scandinavian Journal of Disability Research*.

Syfte: Studie fyra syftar till att undersöka betydelsen av att möta andra med erfarenheter av psykiska funktionshinder inom ramen för brukarorganiserade stödformer. Studien tar sin utgångspunkt i en specifik brukargrupp nämligen RSMH, Riksförbundet för social och mental hälsa, som är den största brukarorganisationen för människor med erfarenhet av psykiska funktionshinder i Sverige och finns representerad på cirka 150 platser runt om i landet (Meeuwisse 2005). Syftet med denna studie är att undersöka på vilket sätt dessa brukargrupper uppfattas som hjälpande för kvinnor och män i återhämtning.

Huvudsakliga resultat: Kraften i att träffa andra och känna igen sig i andra människors berättelser och erfarenheter genomsyrade de 24 respondenternas berättelser. Respondenterna beskrev hur brukarstödet innebar en bruten isolering och blev en arena för identifikation, normalisering, sammanhang och en möjlighet att bli betydelsefull för andra. I mötet med andra brukare värderade respondenterna sina egna återhämtningsframgångar och jämförde sitt tillstånd med andra.

Engagemanget i brukarorganisationen och kraften i att möta andra var relaterat till tid och var i sin återhämtningsprocess man befann sig. Respondenternas berättelser illustrerar en utvecklingsprocess där fem olika stadier illustrerar ”Igenkännandets kraft”; nämligen ”möta andra brukare” som illustrerar när individen bryter sin isolering och möter andra med liknande erfarenheter, ”vara sig själv”, anger när individen vågar vara sig själv i mötet med andra, och känner sig accepterade, ”hjälpa andra” illustrerar när individen upplever sig vara betydelsefull för andra, ”komma ut” anger processen då erfarenheter av psykisk ohälsa blir en kompetens som sprids till andra och slutligen ”mellan identiteter” anger processen då brukarna till stora delar lämnar sin brukaridentitet men samtidigt saknar länkar till andra nätverk.

Slutsatser: Resultaten pekar på att betydelsen att möta andra och känna igen sig i andras berättelser tycks innefatta även människor med psykiska funktionshinder, trots att de i den psykiatriska litteraturen ofta beskrivs som asociala och oförmögna att relatera till andra.

Betydelsen av att erbjudas och att kunna erbjuda brukarstöd är relaterat till tid och var i återhämtningsprocessen människor befinner sig. Resultaten pekar på behovet av möjligheter att kunna växa vidare och inte institutionaliseras till en professionell brukare. Vissa respondenter beskrev en institutionaliseringseffekt av brukarstödet, på grund av svårigheterna att bli en del av andra nätverk. I relation till igenkännandets kraft kan en sådan situation bli hindrande för människors återhämtningsprocesser.

Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa

Det övergripande syftet med denna avhandling har varit att undersöka vilka faktorer kvinnor och män med erfarenhet av psykisk ohälsa anser främja återhämtning. Genom en grundad teoriansats har begrepp utmejslats som tillsammans kan begreppsliggöra kvinnors och mäns återhämtningsprocesser. Den förståelsemodell som framkommit både bekräftar tidigare studier och presenterar ny kunskap som saknar sin motsvarighet i Sverige och internationellt. Återhämtningsprocessen framgår som en social, genusinfluerad praktik där stödjande sociala relationer präglade av ömsesidighet och brukarinflytande utnämns som centrala. I relationen till andra skapar och omskapar kvinnor och män nya identiteter vid sidan om sin psykiska ohälsa. Återhämtningsprocessen karaktäriseras av temporalitet där identitet är föränderlig och strategier temporära. Identitetsskapandet påverkas även av den mening individen konstruerar kring sin psykiska ohälsa och av genusnormer. Ur resultaten framgår en komplexitet kring traditionell förståelse av genus i kombination med psykisk ohälsa. I människors återhämtningsprocesser blir psykisk ohälsa i intersektion med genus betydelsefull för att förstå förutsättningar för återhämtning.

Återhämtningsprocessen startar i ett skede när respondenternas identitet beskrivs som dominerad av en patientidentitet och följer en process mot en återhämtningsidentitet. Centralt genom hela processen utgör sociala relationer, meningsskapande och genus huvudbegrepp i den förståelseram kring kvinnors och mäns återhämtningsprocesser. Utifrån avhandlingens huvudsakliga resultat görs i detta kapitel ett försök att illustrera kvinnors och mäns återhämtningsprocesser från psykisk ohälsa. Återhämtningsprocessen förstås som ett identitetsskapande där *sociala relationer*, *strategier*, *genus* och *meningsskapande* flätas in som centrala begrepp.

Återhämtning som ett identitetsskapande

De fyra delstudiernas resultat visar hur individernas sociala relationer och personliga strategier influerar varandra och skapar olika återhämtningsidentiteter. I det successiva identitetsarbetet beskriver respondenterna en variation av strategier som de använder i sin återhämtningsprocess. Även om återhämtningsprocessen vid första anblick ses som en subjektiv upplevelse, återkommer en rad faktorer i de flesta berättelser. Strategier att hantera sin ohälsa riktar sig både internt, inom brukarna själva och externt, gentemot den sociala kontext personen befinner sig i. Men det är i relationen till andra som de flesta strategier och identiteter formas och omformas. I mötet med andra skapar och omskapar respondenterna sina identiteter för att förstå sig själva och för att bekräftas av andra. Ur det empiriska materialet framgår hur återhämtningsprocessen har befrämjats av en rad insatser eller aktiviteter från personal i psykiatri och socialtjänst, andra med brukarerfarenhet, närstående och vänner. Psykiatrisk slutenvård och öppenvård, boendestöd, arbetsveksamheter och träfflokaler inom socialtjänsten, samt brukarorganiserade träfflokaler, är insatser eller aktiviteter som omnämns som ”hjälpande faktorer” i brukarberättelserna. Dessa formella och informella insatser bidrar till att understödja individens strategier och innehåller återhämtningsbefrämjande relationer.

Relationen som behandling

När dessa återhämtningsbefrämjande faktorer mer djupgående analyserades framträdde en gemensam egenskap nämligen den sociala relationen. Den gemensamma nämnaren i dessa faktorer är att de innefattar sociala relationer som karaktäriseras av egenskaper som hopp, ömsesidighet och delaktighet. Det relationella i insatserna blir därmed till en klangbotten för att förstå på vilket sätt dessa faktorer upplevdes som stödjande för individernas återhämtningsprocess. En central aspekt för att förstå individens återhämtning blev således inte att undersöka vad som ges, det vill säga *vilka* insatser som hjälper, utan *hur* brukare upplever att dessa insatser ges. Respondenterna beskrev hur personal visade intresse för individernas egna önskemål och möjligheterna att kunna påverka sin vård upplevdes som betydelsefull. Respondenterna upplevde att denna återhämtningsbefrämjande personal lyssnade till deras förklaringar och önskemål samt uppvisade flexibilitet i utformandet av den vård och det stöd som erbjöds, i syfte att uppfylla den enskildes individuella behov. I de situationer där deltagarna beskriver personal som återhämtningsbefrämjande upplever respondenterna att de tilltalas som ”en person” och beskriver en känsla av ömsesidighet, respekt och att ”vara sedd”. Relationen mellan respondenterna och personalen beskrevs som ett samarbete där individen fick möjlighet att definiera sin egen mening kring ohälsans innebörder. Samtidigt visar resultaten att personalens bedömningar och förståelse blir viktig kunskap för individernas strategier.

Resultaten påtalar således den sociala relationen i en rad formella och informella insatser som en betydelsefull faktor för att den enskilde ska uppleva den som återhämtningsbefrämjande. När en insats, såsom t ex medicin, samtalsbehandling eller heldygnsvård beskrivs som hjälpande karaktäriseras den av en upplevelse av delaktighet och/eller medbestämmande, vilket i sin tur underlättar en känsla av ett aktivt jag. I delstudie II framkom dock en tydlig genusskillnad kring vad kvinnorna och männen ansåg att en god relation till behandlare innebar. För männen var det just kunskap och förklaringar som beskrevs som viktiga redskap i återhämtningsprocessen, medan det för kvinnorna handlade om den emotionella förståelsen och bekräftelsen som ansågs som bidragande.

Återhämtningsprocessen beskrevs också både av kvinnorna och av männen som gynnad av att ha tillgänglighet till psykiatrins personal, vilket även framgått i andra studier (Borg 2006; Green et al. 2008). I berättelserna beskrivs personalens tillgänglighet som betydelsefull ur flera aspekter; dels utifrån möjligheten att ha en flexibel och garanterad tillgång till sin behandlare vid behov, dels utifrån tillgång till en person som visar ett genuint intresse för individen och upplevs vara ”personlig”. Personlig innebär i detta avseende att brukarna upplever medmänsklighet och genuint engagemang från sin behandlare. I några få berättelser framkommer också hur ett gemensamt intresse hos behandlare och brukare medför vad de betecknar som en personlig relation. Att ”odla bin”, ha ”erfarenhet av vad ett kvinnoliv innebär”, dela ”intresset för litteratur” var några exempel där brukarna beskrev ömsesidighet och en personlig relation till sin behandlare. Dessa relationer beskrevs som betydelsefulla och i många fall som unika i jämförelse med andra (vanliga) relationer till personal. Samtidigt var det något som alla respondenter hade erfart hos någon av de behandlare de mött.

Sociala patientidentiteter

I delstudie III framkom identitetsarbetet och meningsskapandet kring den psykiska ohälsan som tätt sammanvävda. Meningsskapandet innebär att kvinnor och män formulerar vilka konsekvenser ohälsan har för deras livssituation. I detta meningsskapande formuleras även en närliggande aspekt, nämligen vilken symbolisk betydelse respondenterna ger den egna ohälsan. Detta meningsskapande influeras dels av egna, individuella föreställningar, dels av kulturella och kontextuella normer kring normalitet. Genom respondenternas sociala relationer konstrueras deras sociala och individuella identiteter. Genus, sociala relationer och den individuella upplevelsen av psykisk ohälsa blir således både resultat i denna studie, men även en kontext som bidrar till förståelsen av vilka förhållanden som anses påverka människors återhämtningsprocesser.

Återhämtningsprocessen innefattar en rad olika identiteter beroende på tid, rum, vilka respondenterna möter, hur de förstår sin psykiska ohälsa, samt vilken makt de har att definiera sin egen identitet.

Resultaten i denna avhandling kompletterar tidigare återhämtningsforskning kring betydelsen av att skapa en ny identitet vid sidan av psykisk ohälsa och att låta denna identitet växa sig till att bli den dominerande (Andresen et al. 2003; Anthony et al. 1994; Corrigan & Ralph 2001). Delstudierna III & IV visar att en omdefiniering av sin (patient)identitet är en stegvis process styrd av individens sociala relationer och strategier. I början av återhämtningsprocessen, då brukarna i många fall befann sig i den psykiatriska heldygnsvården beskrev de hur den personliga identiteten förändrades och de sociala identiteter de blev tilldelade i heldygnsvården hade stor betydelse.

För respondenterna var de alternativa tankesätten som gavs framförallt biologiska förklaringar och kategoriseringar av psykisk ohälsa. Men till skillnad från andra liknande studier framgår i delstudie II & III en genuskillnad i hur kvinnor och män förhåller sig till dessa sociala identiteter. De flesta män, men enbart några av kvinnorna, antog denna sociala identitet. Många av männen beskrev sig själva som undandragande och passiva under sin vårdtid samtidigt som man antog en identitet som en ”lärande patient” i psykiatrins heldygnsvård. De flesta av männen legitimerade den identitet som de fick av personalen i den psykiatriska vården genom att anta ett instrumentellt förhållningssätt till sin psykiska ohälsa och de diagnoser som gavs.

Denna legitimering hade betydelse för hur de såg på sig själva och på utsikterna till återhämtning. Männen kunde anpassa sig till det hierarkiska system som psykiatrin var ordnad kring och anta rollen som en lärling i kampen att återhämta sig. I berättelserna uttrycker männen att de kunskaper de erbjudits i den psykiatriska heldygnsvården blivit till viktiga instrument att kontrollera sina symptom och förhindra återfall. Även om männen liksom kvinnorna hade erfarenheter av dåligt bemötande i psykiatrins heldygnsvård, uttryckte ändå betydligt fler män än kvinnor att de fått stöd och hjälp för sin återhämtning i heldygnsvården.

De flesta kvinnor å andra sidan motsatte sig den identitet de gavs i heldygnsvården. De kände sig avvisade, misstrodda och bestraffade i den psykiatriska heldygnsvården och beskrev sig själva som ”besvärliga patienter” när de var aktiva, hjälpsökande, visade aggressivitet och var självdestruktiva. I relation till tidigare forskning kan denna antagna identitet ses som ett resultat av kvinnlig underordning där somliga kvinnor inte själva ser sitt värde, sina möjligheter att få sina behov mötta eller att bli behandlade med respekt (Patzel 2001). Kvinnornas upplevelse av att inte erbjudas insatser som underlättade deras återhämtning går också i linje med andra studier som påpekar hur kvinnor löper större risk än män att få sin psykiska ohälsa förminskad eller trivialiserad (Beal & Gardner 2000; Williams et al. 2004).

I studie II illustreras hur psykiatrins struktur och personal försvarade för de kvinnliga respondenterna att ge en röst till sina erfarenheter och att hitta sätt att visa sin aggressivitet. Psykiatrins huvudsakliga insats beskrevs snarare som kvävande eller dämpande av respondenternas känslor med hjälp av medicin. Psykiatrins strukturer som kvinnorna beskrev förstås således som en genusinfluerad praktik.

Traditionella genusnormer kan förstås som bidragande till att männen gavs tillåtelse att visa vrede och aggressivitet i psykiatrin medan den vrede och aggressivitet kvinnorna uppvisade skulle till varje pris dämpas eller förhindras. Men analysen av kvinnornas berättelser illustrerar inte enbart kvinnornas upplevelser i heldygnsvården som en demonstration av genushierarki. Även andra underliggande ojämlikheter i makt kan medföra processer av kategoriseringar och stigmatisering av dem som anses som avvikande. Psykisk ohälsa markerar en kategori av social exkludering där oacceptabla beteenden bli kategoriserade i negativa termer (Karlsson 2007). De beteenden, tankar och meningsskapande som kvinnorna uppvisade, blev i den psykiatriska heldygnsvården kategoriserat som bevis på deras avvikelser. När de motsätter sig den dominerande medicinska förklaringsmodellen och framför en subjektiv och upplevd kunskap ges de av psykiatrins personal en identitet som besvärliga patienter, som också flera av kvinnorna hade internaliserat och uttryckte i sina berättelser.

I den psykiatriska vården vilar makten strukturellt på personalen och vården är uppbyggd kring symptomkontroll, vilket i delstudie II illustrerar hur mäns strategier och identitetsskapande i början av återhämtningsprocessen tydligt gynnas. Resultaten visar samtidigt på en risk att kvinnor har svårt att få bekräftelse, förståelse och förändring, då personalen underskattar deras maktlöshet, något som även tidigare studier har påtalat. I ljuset av den medicinska forskningen om en kvinnlig genusfördel i återhämtning (De Lisi 1992; Lewine & Seeman 1995) blir avhandlingens resultat problematiska.

En återhämtningsidentitet

I delstudie I illustreras hur mötet med andra människor innebär att nya identiteter skapas som successivt tycks omdefiniera individens personliga identitet från att vara en ”patient” med en särskild diagnos som konstaterats av någon annan, till en person i återhämtning. När återhämtningsprocessen fortskrider förändras individens strategier och relationer. Längre fram i återhämtningsprocessen riktar sig strategierna till att på olika sätt *kontrollera och förstå symptom*. Detta görs genom att vila, koncentrera sig, reducera stress och i många fall balansera sin medicinering. De externa strategierna syftar till att överbrygga de hinder som respondenterna beskriver som konsekvenser av ohälsan i form av rädsla, isolering och stigmatisering.

Deltagarna söker sig till sammanhang där de får hopp, får hjälp att hantera sin psykiska ohälsa, där de blir betydelsefulla, bryter sin isolering och kan aktivera sig. Dessa relationer blir betydelsefulla i att successivt skapa en identitet som personer i återhämtning. Delstudie IV beskriver hur detta identitetsskapande för många ägde rum i mötet med andra människor med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Dessa relationer innebar en vänskap och kamratskap och var för flera av respondenterna också den enda vänskapen utanför den offentliga vården och eventuell familj. Den gemensamma erfarenheten av psykisk ohälsa och psykiatrisk heldygnsvård låg till grund för gemenskap, en empati och ett känslomässigt stöd för varandra. Igenkännandet blev till nyckeln för en gemenskap i utvecklandet av en stödjande relation. I mötet med människor med liknande erfarenheter jämförde respondenterna sitt eget välmående eller sin egen kapacitet med andra brukare, samt deras känsla av att kunna vara bidragande. Tillsammans med andra brukare utvecklade de motståndsidentiteter till den identitet som psykiskt funktionshindrad som för många dominerat den personliga identiteten. Att utveckla en motståndsidentitet, i detta fall en återhämtningsidentitet, förstås som en strategi att hantera sin ohälsa och att se andra sidor av sig själv bortom ohälsan och skapa en ny mening. Men förståelsen av återhämtning som ett identitetsskapande innebär inte att individer skapar *en* identitet och sedan omskapar den till *en* annan. Utgångspunkten är att människor har många identiteter, vilket även var fallet bland de intervjuade i denna avhandling.

I studie III illustreras återhämtning som en process av att vara en person som *dominerar* av en identitet – en identitet som psykiskt funktionshindrad, och successivt tillskapar andra identiteter som förändrar innebörden och omfattningen av denna funktionshindersidentitet. De återhämtningsidentitet(er) som formas påverkas av de symboliska innebörder av ohälsan som respondenterna ger den, samt vilka konsekvenser de anser att ohälsan har för det vardagliga livet och för framtiden.

I delstudie IV beskrivs brukarstödet som frivilligt och något som brukarna på eget initiativ besöker. Ur ett samhällsperspektiv blir dock denna frivillighet problematisk. För flera av respondenterna upplevs deltagandet i brukarstödet som *det enda* alternativet. Avsaknaden av andra samhällseliga arenor äventyrar därmed frivilligheten (och återhämtningsprocessen) när brukarna inte längre upplever att den gemensamma erfarenheten är hjälpande för deras återhämtning. Identiteten influeras av den kollektiva identitet som konstrueras i brukarorganisationen. Men även denna kollektiva brukaridentitet präglas av temporalitet och resultaten från delstudie IV illustrerar att relationen till andra inte nödvändigtvis innebär ett stöd för att komma vidare i en återhämtningsprocess. Relationen till andra i en brukarkontext och till samhället i övrigt kan i vissa sammanhang även innebära en institutionalisering av identiteten. För somliga övervägde tillgången på vänner behovet av att söka sig till andra mer okända och anonyma miljöer.

För andra blev möjligheten att arbeta intressepolitiskt för att praktiskt förbättra villkoren för gruppen psykiskt funktionshindrade ett meningsfullt alternativ.

En genusinfluerad process

De sociala relationerna blir möten där personliga och sociala identiteter konstrueras. I detta relationella identitetsskapande framträdde genus som en betydelsefull aspekt. De fyra delstudierna illustrerar hur genusnormer inte enbart påverkar samhällsstrukturer och individer som lever i dessa sammanhang, utan även påverkar hur psykisk ohälsa manifesteras och förstås, samt hur kvinnor och män återhämtar sig. Utifrån avhandlingens resultat förstås återhämtningsprocessen som en process som strävar mot en slags normalitet, där normaliteten är influerad av traditionella genusnormer. Sociala relationer och det egna meningsskapandet kring hälsa och normalitet är influerat av en kontextuell förståelse av vad det innebär att vara en normal kvinna respektive en normal man. Resultaten ifrågasätter det återhämtningsperspektiv som tidigare förts fram av såväl brukarrörelsen som forskare, där återhämtning beskrivs som en genusneutral individuell förändringsprocess för att kunna leva ett (självddefinierat) tillfredsställande och konstruktivt liv (Anthony et al. 1994; Corrigan & Ralph 2001). Att föra samman människor med olika egenskaper i en kategori som överbetonar likheter är att påtvinga verkligheten en kategori/eller grupp som inte finns. Delstudiernas resultat visar hur människor med psykisk ohälsa och i återhämtning är socialt konstruerade grupper som inrymmer stora variationer. Den sociala kontext som återhämtningsprocessen äger rum i, är influerad av genus, vilket påverkar kvinnors och mäns återhämtningsprocesser på olika sätt.

I förståelsen av återhämtningsprocessen i denna avhandling blir den (traditionella) genusordningen komplex, då genusnormer både framstår som orsak till psykisk ohälsa och som betydelsefulla i en normalitetssträvan och i vissa sammanhang som en resurs. Resultaten illustrerar betydelsen av att inkludera både genus och ohälsa i relation till makt för att förstå kvinnors och mäns strategier och förutsättningar för återhämtning. Detta perspektiv är tämligen oanvänt inom återhämtningsforskningen (Tew 2005) och som tidigare nämnts har människor med psykisk ohälsa förlorat sitt genus i denna forskning och givits en genusneutral identitet som ”psykiskt funktionshindrad” eller brukare. Resultaten från avhandlingens studier påvisar snarare det motsatta, där brukaridentiteten påverkas både av traditionella genusstrukturer och andras och egna föreställningar kring psykisk ohälsa och återhämtning. Återhämtningsprocessen framstår som en genusinfluerad praktik där människor förhåller sig till en kontextuell genusinfluerad normalitet.

Men trots att många beskriver orsakerna till att de drabbades av psykisk ohälsa som situationer i hög grad relaterade till genusförväntningar, undviker både kvinnorna och männen att förkasta dessa genusnormer. På så sätt kan återhämtningsprocessen från psykisk ohälsa förstås som påtagligt traditionell, utifrån att kvinnor och män strävar efter det som uppfattas som kvinnlig och manlig normalitet.

Kropp

En del i att förändra sin identitet vilar på den synbara kroppen, hur den framhålls och hur den upplevs av andra i den sociala omgivning som respondenterna befinner sig i. Trots att psykisk ohälsa inte nödvändigtvis behöver vara fysiskt synlig, framträder ändå kroppen i avhandlingens delstudier som ett viktigt medel att uppvisa den identitet man uppfattar sig att ha. Kroppen är närvarande och betydelsefull för brukarnas identitetsskapande. Delstudie II illustrerar hur respondenternas sätt att sköta och framhålla sin kropp under tider av ohälsa och tider av återhämtning är en genusinfluerad praktik, med tydliga rekvisit för vad som betecknas som normalt och vad som anses vara tecken på avvikelse. Som bärare av en ”manskropp” eller en ”kvinnokropp” förhåller sig respondenterna till en förväntad normalitet med genusinfluerade förväntningar på hur de ska uppträda och kunna utföra olika saker. Kroppen är den psykiska ohälsans boning och den upplevda återhämtningsprocessens hemvist, där betydelsen av genus är uppenbar.

I delstudie II illustrerar respondenterna hur de kroppsligt manifesterar sin psykiska ohälsa. Som tidigare nämnts tog sig den psykiska ohälsan olika uttryck hos kvinnor och män vilket också hade konsekvenser i mötet med den psykiatriska vården, som i sin tur är influerad av genusmärkta förväntningar på normalitet (Williams 2005). Kvinnorna uppvisade en aktiv, hjälpsökande kropp, medan männen uppvisade undandragelse och anpassning till det hierarkiska system som psykiatri är organiserad kring. Dessa kroppar strider mot traditionella genusnormer, vilket för kvinnorna innebar att de omfattades av insatser från den psykiatriska vården för att dämpa och korrigera detta icke normala (kvinnliga) beteende. I kvinnornas berättelser framgår också hur de efter en tid i psykiatrins heldygnsvård förstår att en lugn och välvårdad kropp uppfattas av personalen som förbättrad, vilket i sin tur leder till utskrivning. Flera av kvinnorna beskriver hur de lär sig att uppvisa ett förväntat uttryck av lugn och behandlingsframgång och inte uttrycka det kaos eller den förtvivlan de upplevde inombords.

I heldygnsvården uppvisar kvinnorna således en normalitet som inte stämmer överens med hur de känner sig, men som stämmer överens med personalens förväntningar. För männens del erbjuds den undandragande anpassade kroppen olika strategier och kunskaper för att mer aktivt hantera sina symptom.

Genusinfluerade innebörder av ohälsa

Delstudie III belyser hur återhämtningsprocesserna påverkades av vilka innebörder brukarna gav sin erfarenhet av psykisk ohälsa. Dessa förståelser var influerade av ett personligt genusskapande och av strukturella genusnormer. Maskulinitet förutsätter kontroll och oberoende och detta var också påtagligt när männen beskrev sin återhämtningsprocess. För de manliga deltagarna innebar återhämtning att ta kontroll över sina psykiska funktionshinder och förhindra återfall. Männens återhämtningsstrategier uppnåddes genom kunskap och strategier som de förvärvade i relationer till behandlare eller i mötet med andra brukare. Männen antog i viss utsträckning en biomedicinsk, mekanisk, förståelse av sin kropp och sitt funktionshinder och hyste stor tilltro till professionellas möjligheter att reducera funktionshindret. Männens strategier för att kontrollera sina symptom och inhämta kunskap om hur ohälsan ska hanteras blir i detta perspektiv inte bara en återhämtningsstrategi utan också en maskulinitetsstrategi. Kontroll och självständighet tolkas ofta som tecken på maskulin normalitet (Connell 2003).

Kvinnorna å andra sidan motsatte sig den biomedicinskt influerade vården och skapade strategier för att förstå sin ohälsa och integrera den i sina livsberättelser. I kvinnornas berättelser skapades en identitet där erfarenheten av psykisk ohälsa integrerades och blev en del av en ny identitet. I intervjuerna uttryckte kvinnorna att de kände sig mera ”hela” eller ”äkta” som människor än de hade gjort innan de drabbades av psykisk ohälsa. Resultaten belyser kvinnors återhämtningsprocesser som understödda av känslomässigt stödjande sociala relationer med andra som lyssnade, förstod och visade engagemang. Dessa resultat går i linje med tidigare forskning som påtalat betydelsen för kvinnors återhämtning från fysiska sjukdomar av att ha relationer där de känner sig förstådda (Crompton & Harris 1998). Flera forskare har visat att kvinnors relationer med andra kan vara en källa till stöd vid återhämtning från fysisk ohälsa (Bernardez 1996; Jourdan et al. 1991). I föreliggande avhandling tycks dessa relationer vara avgörande även för återhämtningsprocessen från psykisk ohälsa.

Risken att män har ett bristfälligt socialt nätverk då oberoende är högre värderat hos män, medan ett beroende av familjen är mer accepterat hos kvinnor (Harding & Hall 1997) tycks utifrån delstudiernas resultat även inkludera kvinnor och män med psykisk ohälsa. Förutom stödjande relationer till professionella och människor med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, beskrev också flera av kvinnorna att de hade fått stöd i sin återhämtningsprocess av vänner de känt redan innan de drabbades av ohälsa. Vissa forskare menar att vänner från tiden innan psykisk ohälsa kan erbjuda en kontinuitet i individens biografiska berättelse genom perioder av psykisk ohälsa (Topor et al. 2006).

Männens återhämtningsprocess karaktäriserades däremot i högre grad av ett begränsat nätverk bestående framförallt av professionella och andra brukare. Männens meningsskapande präglades av en slutenhet mot andra människor utanför den (eventuella) närmaste familjen. Detta kan innebära att männen riskerar att skapa en identitet i hög grad influerad av den psykiska ohälsan, det vill säga att de legitimerar en identitet som psykiskt funktionshindrad (Conell 2003; Davidson 2003).

Men studie IV illustrerar att återhämtning från psykisk ohälsa och skapandet av motståndsideiteter (Castell 1997) till identiteten som ”psykiskt sjuk” kompliceras om man alltså saknar makten att definiera och omdefiniera sig själv i sin sociala kontext. Flera av respondenterna beskrev hur de saknade rätten att slippa definieras av andra på ett sätt som inte stämde överens med den egna upplevelsen. Identiteten som brukare eller som ”psykisk sjuk” var svår att frigöra sig från och de tidigare erfarenheterna av psykisk ohälsa blev till en brännmärkning i relationen till andra. Makt är en process som utmärks av rörelse och något som måste upprepas för att hållas vid liv. Den institutionella maktutövning som respondenterna hade upplevt inom psykiatrin stötte de på även i samhället i övrigt, vilket hade konsekvenser för respondenternas återhämtningsprocesser. I relation till samhället upplevde respondenterna maktlöshet i sitt identitetsskapande och i dessa situationer blev inte enbart genus avgörande för maktordningen, utan ”normala” kvinnor och män utövade definitions- och makt över ”avvikande” kvinnor och män, vilket innebar en rad olika konsekvenser (Dominelli 2002; Giddens 1994; Tew 2002). Delstudie IV illustrerar hur respondenterna objektiverades till ”avvikande”.

Många hade svårt att få tillgång till sammanhang ämnade för ”normala” och flera saknade tillträde till arbetsmarknaden. Delstudie II & III visar att män i återhämtning från psykisk ohälsa kan ha svårt att få tillträde till traditionella mansroller. Att inte ges möjlighet till utbildning eller arbete beskrevs av flera män som orsak till att inte känna sig som en ”normal man”. Kvinnorna däremot upplevde att deras livssituation liknade kvinnors i allmänhet och uttryckte att de kände sig som ”normala kvinnor”. I termer av makt är dessa resultat problematiska, men i ett återhämtningsperspektiv där processen handlar om att skapa en normalitetsidentitet och erövra möjligheten att leva som andra, tycktes kvinnorna ha en viss fördel jämfört med männen.

Avslutande kommentarer

Forskningen kring psykisk ohälsa är massiv, men fortfarande vet vi relativt lite om hur människor som själva drabbats upplever det och vilken betydelse det har för deras liv och vilka strategier de har för att hantera det.

Denna avhandling är ett bidrag till att öka denna kunskap. Människor med egen erfarenhet bär på rika berättelser om ohälsans betydelse för deras liv och denna kunskap kan ses som ett viktigt bidrag för att bedriva forskning och praktik med inriktning att stödja människor i deras återhämtningsprocesser. Att angripa kunskapsområdet genom grundad teori hade flera fördelar. På ett strukturerat sätt tillåts en öppen och sökande ansats utan en teoretisk förförståelse (Strauss & Corbin 1984). Grundad teori möjliggjorde en upptäckaransats för att utmejsla begrepp ur det empiriska materialet och analysera processer om hur olika faktorer förhåller sig till varandra inom återhämtningsprocessen. Konstanta jämförelser mellan kategorier, och mellan ursprungsdata och kategorier, innebar att nya insikter kunde göras, men också att temporaliteten i återhämtningsprocessen tydliggjordes. Men att göra sig ”blank” inför en intervju eller ett problem är naturligtvis omöjligt (Kvale 1997). Själva valet av metod kan tolkas som ett avtryck av min egen förförståelse, nämligen att återhämtning från psykisk ohälsa är möjlig och att brukarkunskapen är ett aktörsperspektiv av betydelse för att förstå denna process. Vidare förstods återhämtning som en process, föränderlig över tid snarare än ett fenomen, vilket motiverade för analysmetoden, grundad teori. Däremot kan man anta ett naivt förhållningssätt till det berättade, det vill säga människors beskrivningar av vad som har bidragit i deras återhämtningsprocess.

Genusperspektivet har inte i någon nämnvärd utsträckning använts inom återhämtningsforskningen, vilket innebär att resultaten från denna studie bidrar med ny kunskap till de sociala och socialpsykiatriska kunskapsfälten. Samtidigt är det en begränsning att genusaspekterna framträdde i analysarbetet först när samtliga intervjuer var genomförda. Detta betyder att direkta frågor relaterade till genus inte har kunnat ställas till intervjupersonerna, utan enbart till intervjumaterialet. Med en design där möjligheten att återkomma med upprepade intervjuer, hade fördjupande frågor relaterade till genus kunnat ställas. Resultaten från denna avhandling pekar på betydelsen av genus, sociala relationer och det personliga meningsskapandet av psykiska funktionshinder som betydelsefulla faktorer för människors återhämtningsprocesser. Den förståelseram som har presenterats illustrerar ett behov av att rikta forskarljuset mot dessa perspektiv för att både strukturellt och individuellt fördjupa förståelsen av psykisk ohälsa, genus och återhämtning.

En androgyn psykiatri?

Återhämtning förstås som ett identitetsskapande, där kvinnor och män strävar efter en genusinfluerad normalitet. I avhandlingens delstudier illustreras hur respondenterna förhåller sig till och strävar efter en påtagligt traditionell (genus)normalitet. En arena med definitionsmyndighet över normalitet, avseende psykisk ohälsa/hälsa, är den psykiatriska vården. I avhandlingens resultat illustreras hur psykiatrins heldygnsvård på olika sätt hade en avgörande betydelse för deltagarnas återhämtningsprocess. Den vård som primärt hade erbjudits respondenterna när de drabbades av psykisk ohälsa var psykiatrisk heldygnsvård. I heldygnsvården upplevde männen att de erbjöds verktyg att kontrollera sina symptom och kunskap om hur de kunde hantera ohälsan. Kvinnorna däremot upplevde att deras återhämtningsprocess missgynnades av den psykiatriska heldygnsvården som fokuserade på vila, kontroll och väntan. Att befinna sig i heldygnsvård ökade kvinnornas känsla av vanmakt, skam, förtryck och hjälplöshet. En annan aspekt av den psykiatriska vårdens betydelse som framträdde ur materialet var att kvinnornas negativa erfarenheter från psykiatrins heldygnsvård var skildringar från organisatoriskt helt olika verksamheter. Det empiriska materialet omfattar representanter ur två generationers patienter i psykiatrisk heldygnsvård, mellan sent 1960-tal till begynnande 2000-tal. Trots denna tidsmässigt omfattande erfarenhet och den utveckling som skett i den psykiatriska vården (Sandlund 2005) skiljer sig inte upplevelserna något nämnvärt.

Detta kan ställas i relation till studier genomförda på människor med andra typer av funktionshinder, där utvecklingsstörda kvinnor pratar utifrån helt olika utgångspunkter på sin livssituation och kring sin egen identitet beroende på om de har erfarenhet av institutionsvård eller inte (Barron, 2004). Resultaten från det empiriska materialet i denna avhandling innebär att oavsett om man har vårdats på mentalsjukhus eller vid en psykiatrisk heldygnsvårdsklinik så tycks upplevelsen av psykiatrins betydelse för återhämtningsprocessen vara densamma.

Den organisatoriska strukturen i psykiatrin innebär att både kvinnlig och manlig personal iscensätter maskulinitet genom t ex regler, ordning, tvång och beslutandehierarkier. En genusmedveten vård och omsorg skulle kunna innebära att kvinnor och män erbjuds den vård och de insatser som de behöver, det vill säga att kvinnor och män har samma *tillgång* till den vård som de behöver och att den vård som ges till kvinnor och män håller samma kvalitet. I ljuset av avhandlingens resultat kan en återhämtningsinriktad praktik innebära att patienternas definitionsmyndighet ökar och att brukarkunskapen blir till en kompletterande kunskap till den professionella kunskapen. På så sätt kan ett återhämtningsperspektiv ses som en ökad genusmedvetenhet av psykiatrisk vård och stöd som inte bara stärker kvinnors möjligheter att återhämta sig, utan även befriar män från den tvångströja som genusförväntningar kan innebära i en återhämtningsprocess.

Summary

Recovery research in recent decades has shown that a significant number of patients with severe mental illness do recover (Harding & Keller 1998, Harrison et al. 2001). Researchers have, however, been unable to ascertain whether recovery can be attributed to any particular form of treatment. What is known is that the predominant medical paradigm is insufficient to fully explain the causes of mental illness or why people recover from it (Tew 2005). Recovery is often described as a process of getting control over symptoms, regaining a positive sense of self and developing new meaning (Mancini et al., 2005). The concept of recovery does not require remission of symptoms or of other deficits but regaining hope and control over the own life situation (Davidson et al., 2005, Mancini, 2007, Mead, & Copeland, 2000). Recovery has similarities with disability research outlining person-environment interactions as determinant to the course of recovery. Recovery research undertaken in the past few decades has been predominantly qualitative, focusing on factors that contribute to recovery. In this research individuals are described as *active users* of medical or therapeutic interventions and as having their own coping strategies, rather than merely being a recipient of other people's interventions (Deegan, 1997, Noiseux & Richards, 2007). Up to now the starting point of recovery research has been "the self" or "the person" as a gender neutral object. In this thesis a gender perspective on mental illness and recovery is applied.

The aim of the study

The overall aim with this thesis is to describe and analyze women's and men's recovery processes. More specifically, the aim is to determine what women and men with experience of mental illness describe as contributing to the personal recovery process.

Four studies have been carried out with the following aims:

1. What do people in recovery from mental illness outline as facilitating factors to their recovery? (study I)
2. What are the similarities and the differences in recovery described by women and men? (study II)
3. How does women's and men's meaning-making with reference to severe mental illness facilitate the recovery process? (study III)
4. How does peer-support contribute to women's and men's recovery from mental illness? (study IV)

Sample and Methods

The point of departure for the studies was 30 in-depth, semi-structured interviews conducted in the "Recovery project". In all 15 men and 15 women, were interviewed. The selection of interview subjects was limited to individuals who had been treated in 24-hour psychiatric care and diagnosed as having schizophrenia, psychosis, a personality disorder, or a bipolar disorder. A second criterion for participation in the three studies was that the individual had not been hospitalized during the 2 years prior to the interview; however, ongoing outpatient care and/or being on medication did not pose an obstacle to participation. A third criterion was that the individuals considered themselves either recovered or in the process of recovery.

The participants were recruited through RSMH, the National Swedish Association for Social and Mental Health, a nation-wide user organization, and through informal contacts.

The interviews were open-ended interviews starting with one similar question in namely, "What has contributed to your recovery?" An interview topic list was used in the last part of each interview to ensure that broad topics of relevance to the study had been considered for discussion. These lists consisted of preliminary codes that had emerged from the analysis of earlier interviews within each study.

The interviews were tape recorded and ranged from 45 minutes to 4 hours. All respondents agreed to be tape recorded and before the interviews took place, an agreement was made with the respondents, giving them the opportunity to read through their own, anonymized transcript. After reading the transcript, the respondents gave their written informed consent.

The respondents' age at the time of the interview varied between 33 and 66 years, with the majority being between 35 and 55 years of age. Only one of the 30 interviewees had been born outside Sweden. The age at onset was similar in the male and female respondents, which excludes gender differences due to different ages at onset (De Lisi, 1992). Most of the women were married or had a partner, while only five of the 15 men were married/living with a partner.

One third of the respondents had a university degree and 17 had a job at the time of the interview, mostly jobs supported by the government and few on the open labor market. The other respondents had disability pension.

In Study 1 two additional samples are included. The point of departure for these two additional samples was similar: the respondents' narratives on what they regarded as having helped them to recover from severe mental illness. In all study 1 is based on 58 individuals, 29 women and 29 men. In one of the additional samples (Topor 2002), nine respondents were recruited through staff in outpatient clinics in Sweden, and in direct contact with individuals who had recovered. The other 19 respondents (Denhov 2000) were recruited mainly by outpatient clinic staff.

The interviews were analyzed according to the principles of grounded theory (Strauss & Corbin, 1994). The method was a useful tool for generating concepts and analyzing processes during recovery from mental illness. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. Temporary coding and analysis started after the first interviews. During the early coding and the sampling processes a research group read and discussed all the interviews. All of the transcripts were then coded line by line using the NVIVO software. The codes were collected into categories, and preliminary concepts emerged. The categories were compared with the codes from the further interviews and when the interviews were collected a temporary conceptual framework was created. Concepts and categories emerged through a cyclic process of coding and constant comparing of incidents.

Results

Study I

In study I, we determined which main factors the respondents themselves mentioned as being conducive to their recovery, and what it was about these factors that made them beneficial, according to the respondents. Although the pattern of response varied between respondents, a number of facilitating factors were outlined in a large number of the narratives, irrespective of the respondents' sex, age, or diagnosis. The results illustrate a relation between beneficial factors reported in recovery narratives and beneficial life conditions in general.

These beneficial life conditions encompassed having access to the basic conditions of life, material but also emotional, such as being treated without discrimination and in a respectful manner as a person of value, having the ability to form and maintain social relationships with others, having friends and family, and having a meaningful daily life.

These findings confirm the importance of several of the factors that have emerged in qualitative research by others (cf. Spaniol et al. 2002, Borg et al. 2006). Underlying these several factors is the key issue of relationships. The key experience in all of these factors promoting recovery is *social relationships*. Interventions, both by the public authorities designed to provide support and care, and by the individual's informal social network, have to be understood in terms of the quality of the social relationships involved. An individual's recovery takes place within a social context and the respondents in study 1 attached central importance to the relationships in their lives. The interviews indicate that the respondents had been able to cope at the relational level; they had formed and maintained relationships with others, professionals and nonprofessionals alike. Relationships are developed in a range of contexts that can be either conducive or detrimental to recovery. Recurrent factors in the respondents' descriptions of helpful relationships included having a sense of continuity in life and having concrete experiences of being able to exert influence over one's own life circumstances. In our study population, such experiences had occurred in connection with situations where the individual had been able to get help but also where their own resources and capacities had come into play. The salient factor in these experiences is that in a relationship with, e.g., health professionals, the individual had not simply been one among many, but rather, had been seen as a unique person.

When professionals were mentioned as having been helpful, this was not with respect to any specific professional group or method of treatment. Rather, it was other characteristics of the professionals and the individual relationships with the professionals that were described in the narratives as having contributed to the recovery process. These results are contradictory to other studies, where some do not mention the professional's role as helpful, while in still others (Sullivan 1994, Tooth 2003), relationships with professionals are described mostly in negative terms.

Study II

Study II was undertaken to determine whether there is gender diversity in what people describe as decisive factors for recovery. The assumption was that gender can be a powerful social determinant for understanding an individual's strategies in recovery. The results emphasize the mental patient, the psychiatric interventions and the individual recovery strategies as being influenced by gender constructions.

For the male participants, the concept of recovery was about gaining control over the illness and preventing relapse. The men learnt to cope with the hierarchical system in psychiatric care and adapted the role of apprentice in the struggle to recover. The men accepted the knowledge and instructions they felt were offered by the “experts” in psychiatry and the user organization. Psychiatric interventions outlined by the men as “supporting” included mainly medication and tools empowering them to understand, control and cope with the illness. The male struggle to recover involved a limited social network. Having a social network consisting mostly of people you came into contact with because of illness can imply a new identity, imposed by the illness (Davidson, 2003).

The female struggle to recover was by many of the women defined as regaining possession of the whole identity, illustrating a process of understanding and accepting an essential self. The women were generally not adaptive to the treatment offered in psychiatry. They described inward psychiatry mainly focusing on rest, control and waiting for a positive effect of the medication. The female participants described themselves as “difficult patients” obstructing predominant gendered ideals of being capable and showing a high sense of morals when being active and help-seeking. Being hospitalized mainly increased the sense of disempowerment, shame, oppression and helplessness. The staff in psychiatry were also “doing gender” in controlling the women’s emotional behavior such as anger and despair. Most of the women described the medication as obstructive to creating meaning of the illness. The female struggle to recover was facilitated by emotionally supportive social relationships with others who listened to the women, and who understood and showed engagement. These results agree with previous research showing the importance for women of being in relationships where they can be understood (Bernardez, 1996; Crompton & Harris, 1998). The women also had received support from friends from before the illness. This may imply better continuity through the illness of the individual’s biographical narrative (Topor et al., 2006).

Study III

An important factor facilitating recovery from mental illness is the creation of new meaning out of the illness experience. In study III such meaning-making with reference to severe mental illness, and how this new meaning facilitates recovery, is explored. Through the 30 in-depth interviews, men’s and women’s meaning-making connected with mental illness was investigated, in terms of how the interviewees understand the illness and adjust their lives to it. The assumption in interpreting these narratives was that strategies for mastering the illness and making psychosocial adjustments are connected to the personal meaning of the illness.

Thus, the meaning ascribed to mental illness is related both to a social context and to concrete impediments in a particular life situation. People make meaning of their illness in a context influenced by cultural values and understandings and in relation to coping alternatives and moral responsibilities (Hammarstrom, Harenstam, & Ostlin, 2001; Williams, 2005), a context assumed to be gendered.

The results illustrates that in finding a cause for one's illness, understanding one's illness experiences, and adjusting to one's changed future, the subjective understanding of the cause of the illness was central. All interviewees gave explanations for their illness that were subjective and significantly different from the institutional, biological explanations of falling ill. What most interviewees shared was an understanding of the illness as a psychological illness that had been triggered by a stressful situation they had been unable to handle.

However, the reasons for this psychological inability, or vulnerability, differed both between and within the two genders. Four response patterns regarding the reason for the illness were found when analysing the material, patterns that displayed notable similarities and differences that influenced the recovery process. The four groups were divided according to the three overlapping dimensions of reasons for the illness that emerged in the analysis.

Table 1. Patterns of meaning-making of the illness and reasons for the illness

	Category	Personal responsibility	Recovery goal
M1 (n = 7)	Male carriers of a latent illness	Get knowledge, devise strategies, and take medication	Control over symptoms
M2 (n = 8)	Vulnerable men	Reduce stress, accept help	Self-healing
W1 (n = 9)	Vulnerable women	Lifestyle considerations, reduce stress	Knowledge of personal strengths and limitations
W2 (n = 6)	Oppressed women	Change one's life situation	Authenticity

M1 = men, group 1; M2 = men, group 2; W1 = women, group 1; W2 = women, group 2.

Reasons for the illness were first recognized and analysed through *categorizing* the illness, a process of reflecting on the meaning of the illness in terms of how it was labelled and valued. Although the illness was understood as having been caused by external stressors, there was still a *personal responsibility* component, which captures one's personal contribution to the illness and one's ability to control it. All the interviewees accepted responsibility for their health, based on how they understood the reasons for their illness.

The third dimension of the reason for the illness is the *recovery goal*, which reflects both finding a new meaning in life besides the illness and how the illness experience is understood today. These three "reason for illness" dimensions are intertwined, overlapping, and characterized by temporality and change. These subjective reasons influenced the course of recovery and how the interviewees coped with their vulnerability. Most participants, namely, three of the four groups, displayed psychosocial adjustments and meaning-making associated with a wellness role.

The fourth group, M1, assumed a sick role, displaying coping strategies characterized by continuous resistance to the latent illness, versus the more integrative approach found in the other three groups. The results of this study also underline a need for further research into recovery achievements connected with meaning-making and changes in attitude. The narratives present positive reappraisal as a cognitive strategy; this entails not only accepting the basic reality of a situation, but also restructuring it more favourably, for example, ascribing the psychosis a positive value and seeing it as having contributed to redirecting life towards acceptance and truth. These recovery achievements may be seen as cornerstones of recovery from mental illness, including growth, self-acceptance, and maturing.

Study 4

In study 4 peer support and how it facilitates recovery for members of the National Swedish Association for Social and Mental Health (RSMH) is studied. RSMH is the largest nationwide user organization in Sweden with approximately 10 000 members. It is organized as a consumer-run service, providing consumer advocacy and peer support by offering a setting where people can spend time and get acquainted with others. Besides RSMH, clubhouses such as Fountain House are run in a few places in Sweden. In addition, a few diagnosis-specific consumer-run support groups are offered. The impact of the peer-support work of RSMH on individual recovery from mental illness has not previously been studied. The study aims to explore how RSMH's peer support is perceived as helpful in facilitating recovery from mental illness. Throughout the analysis, identification with other peers was found to promote personal meaning and wellness.

The process of identification includes five analytical themes, starting with “meeting peers”, which occurs when individuals break their isolation by going to an RSMH clubhouse and becoming acquainted with people who have experienced mental illness. The second stage of the identification process, “being oneself”, is that part of the process when the individuals start to trust their peers and sense that they are being accepted as part of a fellowship, whatever their level of wellness. The third stage, “helping others”, involves creating a recovery narrative and becoming important to others, while the fourth stage, “coming out”, involves transforming the illness experience to a life experience by recounting it to others.

The fifth stage, “being between identities”, describes the process of “growing out of” the illness identification; however, many of the participants had not yet reached that stage, as they still lacked links to other networks.

These stages also seem to have different effects on the recovery process. In terms of both effects and stages, there were two general gender differences in the material, relating to engagement and level of participation in peer-support groups. More women than men described peer-support groups as facilitating their recovery, but also more women than men described how they had “grown out of” the peer-support group. The narratives illustrate temporality as the respondents look back and describe how they first came into contact with the clubhouse, the impact of this contact, and how their involvement changed over time. This change is described both in terms of position and activity at the clubhouse, and in terms of level of wellness in comparison with that of peers. The respondent narratives create this staged model in relation to both the past and a perceived future.

The results indicate that it is important to meet others in recovery to experience the power of identification. Despite diagnoses of severe mental illness, often described in terms of an inability to interact with other people, the results indicate that the sense of identification when meeting others with similar experiences has great power. The participants described how peer support meant an end to isolation, offering an arena for identification, normalization, connection, and becoming important to others. Involvement in the peer-support group was related to time and recovery stage, and to how the participants, in relation to peers, paid attention to their own achievements and recovery progress, comparing their level of wellness with that of their peers. The staged model is in line with the findings of other studies identifying growth phases in supportive peer-support relationships in mental illness (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin 2006, Davidson *et al.* 2006). The results highlight the need for opportunities to grow, beyond that offered by becoming a professional peer. Some participants described an institutionalization of the peer-support group, arising from a lack of alternatives in society, and related how the power of identification could in such cases diminish and in fact become detrimental to recovery.

Despite a personal desire to escape the service user identity, individuals were locked into the clubhouses due to a lack of alternatives.

Discussion

The results emphasize recovery from mental illness as a social process in which relationships play a key role in creating new identities beside the mental illness. Creating and recreating new identities seemed to be connected to the process of making-meaning of the perceived reason for the illness. In the narratives the respondents created different response patterns in how the meanings of the illness were restructured for themselves and in relation to others. Recovery achievements were connected to meaning-making and changes in attitudes towards the mental illness. For a majority of the participants meeting peers facilitated the recovery process. The participants described how peer support meant an end to isolation and became an arena for identification, normalization, connection, and being important to others. Involvement in the peer-support group was related to time and recovery stage; participants paid attention to their own achievements and recovery progress in relation to those of peers, comparing their level of wellness with that of their peers.

Throughout the studies, the impact of gender in the process of recovery has been emphasized. The results from this thesis provide new insight into gender as an important factor in understanding the recovery processes. The results from the four studies emphasize the mental patient, the psychiatric interventions and the individual recovery strategies as being influenced by gender constructions. Women and men in recovery from mental illness strive towards a gendered normality. In this process social relationships, psychiatric interventions and the society in general have gendered implications. The results illustrates a gender advantage for the men in their ability to make use of the psychiatric services offered in their coping strategies mainly focusing on remission, education and control over symptoms. The women, on the other hand, described hospitalization and psychiatric medication in terms of coercion and helplessness. These results may raise the need for a gender perspective in psychiatry to reduce the impediments to access to safe and effective psychiatric care that females may experience. In spite of this gender imbalance, the women seemed to have an advantage in recovering from mental illness. The results illustrated how both gender norms, and gendered social relationships outside psychiatry, benefit women more than men in a recovery perspective. Different expectations placed on men and women by society may play an important role in the recovery process. Gender symbolism and traditional gender structures such as the man being a/the chief breadwinner, having a position on the labor market and being independent seemed to hinder the male recovery process.

Even though the male recovery was marked by progress, most of the male participants had a future-oriented perspective, and the lack of work and independence remained a problem in the sense of making them feel inadequate, unlike a “normal man”. The lower expectations on women concerning work and studies can be beneficial in the identity-making process of recovery. Many of the female participants were living a life resembling the lifestyle of many women.

The male participants, on the other hand, were living a life quite different from that of other men in society, being kept in the process of controlling the illness. The results are paradoxical and, in terms of power, provocative. Nevertheless, in the transitional period of recovery from severe mental illness, traditional gender roles seem to provide an advantage for women.

Referenser

- Alexanderson, K. (2004) Sjukfrånvaro. I Hovellius, B. & Johansson, E. (red.) *Kropp och Genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur
- Andresen R, Oades L & Caputi P (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1994) *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Centre for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Barron, K. (1997) *Disability and Gender. Autonomy as an indication of adulthood*. Acta Universalis, Uppsala universitet.
- Barron, K. (2004) Vem är jag? Utvecklingsstörda kvinnor (re)konstruerar sin identitet. I: Barron, K. (red.) *Genus och funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Beal, B. A. & Gardner, C. B. (2000) Gendered advice and mental health practices. *Perspectives on Social Problems* 12, 203-216.
- Beauvoir, Simone (1995) *Det andra könet*. Stockholm: Pan Pocket
- Bengs, C & Hammarström, A (2004) Könskonstruktioner av sjuklighet - exemplet depression. I: Hovellius, B & Johansson, Eva E (Red.) *Kropp och genus i medicinen* (pp. 267-274): Studentlitteratur
- Beresford, P. (2003) Service user knowledges and social work theory: conflict or collaboration? *British Journal of Social Work* 30, 4, 489-503.
- Beresford, P. (2005) Social Approaches to Madness and Distress: User Perspectives and User Knowledges. I: Tew, J. (Ed.) *Social Perspectives in Mental Health. Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Kingsley Publishers.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. (2000) From social intergration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and medicine*, 51, 843-857.
- Bernardez, T. (1996) Gender-based counter transference in the group treatment of women. I: DeChant, Betsy. *Women and group psychotherapy: Theory and practice*. (pp. 400-424). New York, NY, US: Guilford Press.
- Borg, M. (2007) *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Doctorial Thesis: Norwegian University of Science and Technology, Dep. of Social Work and Health Science.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004) Recovery-Oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 5, 493-505.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2008) Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & Society*, 5, 511-523.

- Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., Topor, A., & Davidson, L. (2006) What makes a house a home: the role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 3*, 243–256.
- Borkman, T. J. (1999) Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Brown, L. D., Sheperd, M. D.; Merkle, E.C., Wituk, S, A. & Meissen, G. (2008) Understanding how Participants in a Consumer-Run Organisation Relates to Recovery. *American Journal of Community Psychology, 42*, 167-178.
- Burnett, T. (2005) *Recovery –A Personal Journey* [online]. Scottish Recovery Network, Glasgow. <http://www.scottishrecovery.net> (hämtad 16 februari 2009).
- Bülow, P. (2003) *Making sense of contested illness. Talk and narratives about chronic fatigue*. Department of communication studies, Linköping University.
- Bury, M. (1982) Chronic illness as biographical disruptions. *Sociology of Health and Illness, 4*, 167-182.
- Butler, J. (2006) *Genustrubbel: feminism och identitetens subversion*. Göteborg: Diadlos.
- Carpenter, & Kirkpatrick (1988) The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 14*:645- 652.
- Castell, M. (1997) *Informationsåldern. Ekonomi, samhälle och kultur. Band II. Identitetens makt*. Göteborg: Daidalos.
- Charmaz, K. (1999) From the sick role to stories of self, I Contrada, R. & Ashmare, R. (eds) *Self, Social Identity and Physical Health*, Oxford: Oxford University Press.
- Charmatz, K. (2006) *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage
- Ciampi, L. (1980) The natural way of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry, 136*, 413-420.
- Coleman, R. (1999) *Recovery – an Alien Concept*. Handsell: Gloucester
- Connell, R. (2003) *Om genus*. Göteborg: Diadlos.
- Cornett, J. (2005) En problematisering af recoverytänkningens individualisering og et udkast til en community psykologisk socialpsykiatri. *Social Kritik 15*, 83-89.
- Corrigan, P. & Penn, D. (1998) Disease and discrimination: Two paradigms that describe severe mental illness. *Journal of Mental Health, 6*, 355-366.
- Corrigan P & Ralph R (2001) *Recovery and Mental Illness: Consumer Visions and Research Paradigms*. Washington DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., Slopen, N., Gracia, G., Phelan, S., Keogh, C. B., & Keck, L. (2005) Some Recovery Processes in Mutual-Help Groups for Persons with Mental Illness; II: Qualitative Analysis of Participant Interviews. *Community Mental Health Journal, 6*, 721-735.
- Courtenay, W. H. (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine, 50*, 1385-1401.
- Crawford, M. (1995) *Talking Difference: On Gender and Language*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

- Crompton, R., & Harris, F. (1998) Explaining women's employment patterns: 'Orientations to Work' revisited. *The British Journal of Sociology*, 49, 118–136
- Davidson L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., Tebes, JK. (1999) Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. *Clinical Psychology Science Practice*, 6, 165–187.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006) Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field, *Schizophrenia Bulletin*, 3, 443–450.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Lawless, M & Evans, A. (2005) Recovery in Serious Mental Illness. A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and practice*, 36, 480-487.
- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S. & O'Connell, M. (2003) Qualitative Studies of Recovery: What can we learn from the person? I: Davidson, L. (2003) *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*, New York University Press.
- Davidson, L. & Stayner, D. (1997) Loss, loneliness and the desire for love: Perspectives on the social lives of people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3-12.
- Davidson, L. & Strauss, J .S. (1992) Sense of self in recovery from severe mental illness, *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145
- Davis JM, Chen N, Glick ID. (2003) A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 60(6):553-64.
- Deegan, P. (1996) Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.
- DeLisi, L. E. (1992) The significance of age on onset for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 209-215.
- De los Reyes, P. (2007). Hur mår intersektionaliteten egentligen? *Bang*, 2, s.17-21.
- Denhov, A. (2000). *Personalens bidrag till återhämtning-ett brukarperspektiv*. Stockholm: FoU-enheten/psykiatri. Västra Stockholm. Rapport 11.
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory*. San Diego: Academic Press.
- Dominelli, L. (2002) *Anti-oppressive Social Work Theory and Practice*. Basingstoke: Palgrave.
- Doyal, L. (2000) Gender equity in health debates and dilemmas. *Social Science and Medicine* 51, 931–939
- Druss, B. G., Marcus, S. C., Rosenheck, R. A., Olfson, M., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2000). Understanding disability in mental and general medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1485-1491.
- Edwards, J., Maude, D. McGorry, P. D., Harrigan, S. M. & Cocks, J. T. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 33, 107-116.
- Eisner, E. W. (1991) *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York, NY: Macmillan Publishing Company.
- Estroff, S. (1989) Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189-196.
- Falk Andersen, C. (2005) *Recoveryorientering i Psykiatrien – forandring og reproduktion i måder at arbejde med sindslidelser*. Magisteroppsats. Roskilde University, Denmark

- Fischer, B. A & Carpenter, W. A (2008) Psychosis. I: Mueser, K. & Jeste, D.(eds.) *Clinical handbook of schizophrenia*. New York, US: Guilford Press.
- Frese, J. & Davis, W. (1997) The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28: 243-245.
- Foucault, M. (1972) *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York:Pantheon.
- Gemzöe, L. (2006) *Feminism*. Stockholm: Bilda förlag
- Giddens, A, (1994) *Beyond left and right: The future of Radical Politics*. Stanford CA:Stanford University Press.
- Gilje, N. & Grimmen, H. (1992) *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Uddevalla:Mediaprint.
- Glaser, B. (2001) *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. New York: Sociology Press.
- Glaser, B. & Strauss, A (1967) *The discovery of grounded Theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinie, A. Saiz, J.L., Abrams, D., Masser, B. (2000) Beyond prejudice as simple antipathy: hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 763-775.
- Goffman, E. (1963) *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books.
- Goffman, E. (1991) *Asylums*. London: Penguin
- Goldberg, R. W., Rolins, A. L. & Lehman, A. F (2003) Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 393-402.
- Gothlin, E. (1999) *Kön eller genus*. Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L. Castleton, D. K. Wisdom, J. P., Perrin, N. A., Paulson, R I. Oken, S. L., (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1, 9-22.
- Greer, G. (1991) *The Change: Women, Aging and the Menopause*. New York: Ballantine.
- Grönvik, L. & Söder, M. (2008) Intersektionalitet och funktionshinder. I: Grönvik, L. & Söder, M. (red.) *Bara funktionshindrad? Funktionshinder och intersektionalitet*. Malmö:Gleerups.
- Gutierrez, L-M (1990) Working with women of colour: An empowerment perspective. *Social Work*, 39:149-153
- Hansson, L. & Björkman, T. (2005) Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring science* 19; 32-38.
- Hardiman, E.R. & Segal, S. P. (2003) Community membership and social networks in mental health self-help agencies. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 27, 25-33.
- Harding, C. M. (1988) Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 633-643.
- Harding, C. M. & Hall, G. M. (1997) Long-term outcome studies of schizophrenia: do females continue to display better outcome as expected? *International Review of Psychiatry*, 9, 409-418.

- Harding, S. (1986) *The science question in feminism*. Milton Keynes Open University.
- Harding, S. (2004) Rethinking Standpoint Epistemology: What Is “Strong Objectivity”. I: Harding, S. (Ed.) *The feminist standpoint theory reader. Intellectual & Political Controversies*. New York: Routledge.
- Hartman, J. (2001) *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M. Wateraux, C. & Oepen, G. (1994) One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.
- Hensing, G. & Alexanderson, K. (2000) The relation of adult experience of domestic harassment, violence, and sexual abuse to health and sickness absence. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7, 1-18.
- Hill Collins, P. (2004) Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought. I: Harding, S. (Ed.) *The feminist standpoint theory reader. Intellectual & Political Controversies*. New York: Routledge.
- Hirdman, Y. (1988) Genussystemet-reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnvetenskaplig tidskrift*, 3, 49-63.
- Horobin D. (2001) *The Madness of Adam & Eve*. London: Corgi publishing.
- Huber, G., Gross, G., Schuttler, R. & Linz, M. (1980) Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 592-605.
- Humphreys K. (1997) Individual and social benefits of mutual aid and self-help groups. *Social Policy*, 27, 12-19.
- Hydén, L-C. (2004) Sjukdomarna, lidandet och kommunikationen. I: Olin Lauritzen, S., Svaneus, F. & Jonsson, A-C. (red). *När människan möter medicinen. Livsvärldens och berättelsens betydelse för förståelsen av sjukdom och medicinsk teknologi*. Stockholm: Carlssons.
- Hydén, L-C. (2005) Berättelser och motberättelser om psykiskt lidande. I: Hydén (red.) *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hydén, M. (2000) Forskningsintervjun som relationell praktik. I: Haavind, H. (red.). *Kön och tolkning. Metodiska möjligheter i kvalitativ forskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jack, D. C. (1991) *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jourdan, J. V., Kaplan, A. G., Baker-Miller, J., Stiver, I. P., & Surrey, J. L. (1991) *Women's growth in connection*. New York, NY: The Guildford Press.
- Karlsson, L. B. (2007) *Berättelser om inre röster. Ett fenomenologiskt och kommunikativt perspektiv*. Doktorsavhandling i socialt arbete vid Stockholms universitet.
- Karlsson, M. (2002) *Själv men inte ensam. Om självhjälpsgrupper i Sverige*. Doktorsavhandling i socialt arbete vid Stockholms universitet.
- Karp, D. (1996) *Speaking of sadness. Depression, disconnection and the meanings of illness*. New York: Oxford University Press.
- Kelly, M. P. (1992) Self, identity and radical surgery. *Sociology of Health and Illness*, 14, 390-415.
- Kelly, M. P. & Millward, L. M (2004) *Identity and Health*. London: Routledge.
- Kinderman P, Setzu E, Lobban F & Salmon P (2006) Illness beliefs in schizophrenia. *Social Science and Medicine*, 63, 1900-1911.

- Krantz, G. & Lundberg, U. (2006) Total workload, work stress and sickness absence in Swedish male and female white-collar employees. *Scandinavian Journal of Public Health*, 3, 238-246.
- Kravetz, S. & Roe, D. (2007) Coping with severe mental illness. I: Martz, E. & Hanoch, L. (eds.). *Coping with Chronic Illness and Disability* Theoretical, empirical, and clinical aspects. Springer Publishing Company: New York.
- Krekula, C. (2006) *Kinna i en ålderskodad värld. Om äldre kvinnors förkroppsligade identitetshandlingar*. Uppsala universitet: Sociologiska institutionen.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kyrouz, E. & Humphreys, K. (1996) Do psychiatrically disabled people benefit from participation in self-help/mutual aid organizations? A research review. *Community Psychology*, 29:21-25.
- Lawrie, T., Hofmeyer, G. & de Jager, M. (2000) A double blind randomised placebo-controlled trial of postnatal neohysterine enanthate: the effect of postnatal depression and serum hormones. *Journal of Obstet Gynaecol*, 105, 1082-1090.
- Lewine, R. R. J. & Seeman, M. V. (1995) Gender, brain and schizophrenia. I: Seeman, M. (ed.), *Gender and schizophrenia*. Washington: APA Press.
- Lieberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2005) Recovery from schizophrenia: a criterion-based definition. I Davidson, L., Harding, C. & Spaniol, L. (eds.) *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Lincoln, Y.S. (1990) Toward a categorical imperative for qualitative research. I: Eisner, E. & Peshkin, A. (eds.), *Qualitative inquiry in education: The continuing debate*. New York: Teachers College Press.
- Lindqvist, R. (2008) *Funktionshindrade i välfärdssamhället*. Malmö: Gleerups.
- Lykke, N. (2003) Intersektionalitet-ett användbart begrepp för genusforskningen. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 1, s.47-56.
- Lysaker, P & Buck, K. (2007) Insight, Outcome and Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders: An Examination of their Paradoxical Relationship. *Current Psychiatry Reviews*, 1, 65-71.
- Magnusson, E. (1998) *Vardagens könsinnebörder under förhandling, om arbete, familj och produktion av kvinnlighet*. Akademisk avhandling: Umeå Universitet.
- Magnusson, E. (2003) *Psykologi och kön: från könsskillnader till genusperspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Mancini, M., Hardiman, E. R., Lawson, H. (2005) Making Sense of It All: Consumer Providers' Theories About Factors Facilitating and Impeding Recovery from Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 29, 48-55.
- Markström, U. (2003) *Den svenska psykiatireformen-bland brukare, eldsjäl- lar och byråkrater*. Akademisk avhandling, Umeå: Boréa
- Mattews, E. (2004) Merleau-Ponty's body-subject and psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 3, 190-198.
- Mattingly, C. (2004) *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge: University Press.

- Mattsson, T. (2005) *I viljan att göra det normala. En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Akademisk avhandling. Malmö: Egalité
- May, R. (2000) Routes to recovery from psychosis: the roots of a clinical psychologist. *Clinical Psychology Forum*, 146, 6-10.
- McCabe, R-M. & Priebe, S. (2003) Communicating about psychotic symptoms in the medical consultation. *The Journal of Primary Care and Mental Health*, 7, 1-5.
- McCall, L. (2005) The Complexity of Intersectionality. *Journal of Women in Culture and Society*, 3: 1771-1800.
- McGlashan, T. H. (1988) A selective review of recent north American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 515-542.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C. & Harrigan, S. M. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.
- Mead, S. & Copeland, M. (2000) What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36, 315-328.
- Merriam, S. (2002) *Qualitative research in practice*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Messerschmidt, J. W. (2004) *Flesh & Blood. Adolescent gender diversity and violence*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
- Meuser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A. & Gingerish, S. (2002) Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Meuwisse, A. (2005) Intresseorganisering och självhjälp. I: Hydén (red.) *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.
- Milne, A. & Williams, J. (2000) Meeting the mental health needs of older women: taking social inequality into account. *Aging and Mental Health*, 20, 5-32.
- Moi, T. (1997) Vad är en kvinna? Kön och genus I feministisk teori. I: *Kön. ResPublica* 35/36, 71-158. Eslöv: Symposion.
- Molina, I. (2007). Intersektionella rumsligheter. *Tidskrift för genusvetenskap*, 3, s.7-21.
- Mowbray, C. T., Lewandowski, L., Holter, M., & Bybee, D. (2006) The clubhouse as an empowerment setting. *Health & Social Work*, 31, pp. 167-179.
- Munetz, M., & Frese, F. J., (2001) Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 35-42.
- Nasser, EH., Walders, N., Jenkins, JH. (2002) The experience of schizophrenia: what's gender got to do with it? A critical review of the current status of research on schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 353-362.
- Nationell Psykiatrisamordning. *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Rapport 2006:3.
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001) *Shifting the Paradigm in Community Mental Health*. Toronto: Toronto University Press.
- Noiseux S & Ricard N (2007) Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 7, 1-15.

- Nordén, H. (2009) Nu åker jag slalom, om återhämtning, självresning, empowerment och remission vid psykisk ohälsa. Stockholm: Kommentus
- Nordenfelt, L. (1995) On Chronic Illness and Quality of Life: A Conceptual Framework. *Health Care Analysis*, 3, 290-298.
- Oliver, M. (2003) *Understanding Disability. From Theory to Practice*. London: Macmillan.
- Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002) *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. Phase One Research Report: A National Study of Consumer Perspectives on What Helps and Hinders Recovery*. Alexandria: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Patzel, B. (2001) Women's use of resources in leaving abusive relationships: a naturalistic inquiry. *Issues in Mental Health Nursing*, 8, 729-47.
- Phoenix, A. & Pattynama, P. (2006) Intersectionality. *European Journal of Women's Studies*, 13, 3.
- Plumb, S. (2005). The Social/Trauma Model. Mapping the Mental Health Consequences of Childhood Sexual Abuse and Similar Experiences. I Tew, J. (ed.) *Social Perspectives in Mental Health. Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Kingsley Publishers.
- Ralph, R. O. (2000) Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4, 480-517.
- Ralph, R., & Corrigan, P. (2005) *Recovery in mental illness. Broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Regeringens proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.
- Repper, J. & Perkins, R. (2003) *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. London: Bailliere Tindall.
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005) An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75, 119-128.
- Rodman Aronson, K. M. & Schaler Buchholtz, E. (2001) The post-feminist era: still striving for equality in relationships. *American Journal of Family Therapy* 29, 109-124.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., et al. (1997) Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*, 33, 99-112.
- Romans, S. E., & Seeman, M. V. (2006). *Women's Mental Health. A Life-Cycle Approach*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sajatovic, M., Jenkins, J., Strauss, M., Butt, Z. & Carpenter, E (2005) Gender Identity and Implications for Recovery Among Men and Women With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1, 96-98.
- Sandlund, M. (2005) Vad är psykiska funktionshinder? I: Hydén, L-C. (red.) *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.
- Segal, S., Silverman, C., & Temkin, T. (2002) Empowerment in self-help agency practice. *Social Work*, 38, 705-712.
- Shakespeare, T. (2006) *Disability Rights and Wrongs*. London: Routledge.
- Silverman, D. (2004) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage.

- Skeggs, B. (2000) *Att bli respektabel: konstruktioner av klass och kön*. Göteborg: Diadlos.
- Smith, D. (1987) *The everyday world as problematic-a feminist sociology*. Boston: Northeastern University Press.
- Smith, M. (2000) Recovery from severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 149-159.
- Socialstyrelsen (2003) *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser*. Tillsynsåterföring. 2003:22.
- Socialstyrelsen (2008) Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatrin. En rapport baserad på hälosdataregistren vid Socialstyrelsen, rapport 131:31.
- Solomon, P. (2004) Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits and Critical Ingredients, *Psychiatric Rehabilitation Journal*
- SoSFS 2003:5. *Socialstyrelsens allmänna råd om socialbidrag*.
- SoU:1992:73. *Välfärd och Valfrihet, service, stöd och vård för psykiskt störda*. Slutbetänkande från Psykiatriutredningen. Stockholm:Fritzes
- Spaniol, L., Wewiorski, N-J., Gagne, C., & Anthony, W-A. (2002) The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336.
- Statistiska Centralbyrån (2008) *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2008*.
- Stewart, D. & Khalid, M. (2006) Menopause and Mental Health. I: Romans, S. & Seeman, M. (eds.) *Women's Mental Health, a life-cycle approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Storm, P. (2008) *Kvinnor och män I avlönat omsorgsarbete. Hur kön kommer till uttryck i tal och handling på ett sjukhem*. Stockholm: Rapport i socialt arbete 127.
- Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S. Glaser, B., Maines, D. Suczek, B. & Weiner, C. (1984) *Chronic illness and the quality of life*. StLouis: Mosby.
- Strauss, A., & Glaser, B. G. (1975) *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Lois, MO: Mosby.
- Strauss, J. & Carpenter, W. (1978) The prognosis of schizophrenia: rationale for a multidimensional concept. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 56-67.
- Sullivan, W. P. (1994) A long and winding road: The process of recovery from mental illness. *Innovations and Research*, 3, 14-24
- Tew, J. (2002) *Social Theory, Power and Practice*. Basingstoke: Palgrave.
- Tew, J. (2005) *Social Perspectives in Mental Health. Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Thomas P. (1997) *The Dialectics of Schizophrenia*. Free Association Books: New York.
- Thurén, B-M. (1996) Om styrka, räckvidd och hierarkier, samt andra genus-teoretiska begrepp. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 3-4.
- Topor, A. (2001). *Managing the Contradictions. Recovery from Severe Mental Disorders*. Stockholm: Stockholm Studies of Social Work 18.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006) Others: the role of family, friends and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 17-37.
- Trausdóttir, R. (2006) Disability and Gender: Introduction to the Special Issue. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2-3.

- Turner, D. (2002) Mapping the routes to recovery. *Mental Health Today*, July, 29-30.
- Tøssebro, J. & Kittelsaa, A. (2004) *Exploring the living conditions of disabled people*. Lund: Sweden University Press.
- Wallcraft, J. (2005) The place of recovery. I: Ramon, S & Williams, J. (eds.) *Mental health at the crossroads: the promise of the psychosocial approach*. Hampshire: Ashgate.
- Warner, R. (1985) *Recovery from schizophrenia - Psychiatry and political economy*. New York: Routledge.
- Warner R. (1994) *Recovery From Schizophrenia*. New York: Routledge
- Warner R. (2000) The Environment of Schizophrenia. New York: Routledge
- Wetzel, J. W. (2000) Women and mental health: a global perspective. *International Social Work*, 34, 205-215.
- West, C. & Zimmerman, D. (1987) Doing gender. *Gender & Society*, 1, 25-151.
- Whitehorn, D., Lazier, L. & Kopala, L. (1998) Psychosocial rehabilitation early after onset of psychosis. *Psychiatric Services*, 49, 1135-1137.
- Williams G. (1984) The genesis of chronic illness: Narrative re-construction. I: Hinchman, L-P. & Hinchman, S-K. (eds.) *Memory, Identity, Community: The Idea of Narrative in the Human Sciences*. Albany: SUNY Press.
- Williams, J., Scott, S. & Bressington, C. (2004) Dangerous journeys: women's pathways through secure services. I: Jeffcote, N. & Watson, T. (eds.) *Working therapeutically with Women in Secure Settings*. London: Kingsley Publishers.
- Williams, J. (2005) Women's Mental Health: Taking Inequality into Account. I: Tew, J. (Ed.) *Social Perspectives in Mental Health. Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Kingsley Publishers.
- World Health Organisation (2000) *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Geneva: World Health Organisation.
- Whitwell, D. (2005) *Recovery Beyond Psychiatry*. London: Free association books.
- Young, S.L., & Ensing, D.S. (1999) Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 3, 219-231.
- Zubin, J & Spring, B. J. (1977) Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-116
- Zubin, J., Stuart, R.S. & Condray, R. (1992) Vulnerability to relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 13-18.
- Öberg, P. (1997) *Livet som berättelse*. Uppsala dissertations from the faculty of social sciences. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala.

