

Maria Klamas

Av egen kraft tillsammans med andra

**Personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd
och återhämtning**



**GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR SOCIALT ARBETE**

Nr. 2010:2

Skriftserien

Institutionen för socialt arbete

Göteborgs universitet

Copyright: Maria Klamas 2010

Institutionen för Socialt arbete

Göteborgs universitet

Omslag: Lisbeth Granberg

Tryckeri: Intellecta infolog AB

ISSN: 1401-5781

ISBN: 978-91-86796-76-1

Abstract

The purpose of this study was to describe and analyse the significance of social support to adults with psychiatric disabilities, based on the individual's experiences. This includes research questions concerning what type of social support was perceived to be beneficial or restrictive, which relational aspects were considered having a beneficial or restrictive effect on the support- and recovery process, as well as what strategies and capacities the individual developed on their own in order to cope with their obstacles and disadvantages.

The empirical material was based on qualitative interviews with ten individuals that defined themselves as having psychiatric disabilities. They were each interviewed on three occasions. The repetitive form of the interviews led to three separate interview guides being created over the course of the data collection process. The goal of the first interview was to get a general idea of the subject's daily life, activities, arenas, relationships and support. The second interview focused on meaningful relationships. The third and final interview had one general and one individual part. The general part focused on the subject's psychiatric disabilities, their opportunities as well as existing and desired support measures. The subject matters in the individual part were related to the previous interviews with each of the participants and aimed to develop or expand on previous discussion.

The material was analysed using theories about social support and recovery and was presented with roots in four different networking entities: close and extended family, friends, coworkers and fellow students, as well as formal support instances. The result showed that it is the support with mobilising qualities that is beneficial to the recovery process. It increases the individual's degree of control over their illness, obstacles and challenges. In addition, it appeals to the individual as a central actor and as a person with difficulties as well as resources. The fact that the social support from the various support agencies have varying focus and direction benefits recovery since it increases the individual's opportunity to maintain as well as develop their social bonds and roles within the community. A relational prerequisite for social support is an equal relationship, which benefits the recovery process as it encompasses acknowledgement and acceptance of both the individual on a personal level and of their situation. The type of social support that hinders recovery is the kind that lacks a connection between the individual's perceived problems, their need for support and their over time fluctuating ability to handle their psychiatric disability. This is due to the fact that it robs the individual of control over the situation, increases the need for support and strengthens their perception of themselves as sick. Recovery comes to a halt when the individual isn't included in the support and recovery process, which is clarified in relational aspects such as lacking attentiveness, subpar acceptance as well as rejection. The individual's will and capacity to actively take on the responsibility to steer their recovery in a positive direction was made visible through four groups of strategies that were crystallised through the course of the research; creation of understanding and legitimisation, cultivation, including strategies and the creation of boundaries.

Innehåll

SICKEN TUR!

INLEDNING	11
1.1. BAKGRUND	12
1.2. PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER.....	14
1.3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	16
1.4. AVHANDLINGENS DISPOSITION	17
1.5. AKTUELL FORSKNING I SVENSK KONTEXT	17
1.5.1. <i>Individens behov och stödinsatser</i>	17
1.5.2. <i>Stöd- och återhämtningsaktörerna och dess interaktion</i>	20
1.5.3. <i>Befintlig kunskap och studiens relevans</i>	23
1.6. STUDIENS TEORETISKA PERSPEKTIV	25
SOCIALT STÖD (SOCIAL SUPPORT)	27
INLEDNING.....	27
2.1. PERSPEKTIV PÅ SOCIALT STÖD	28
2.2. NÄTVERKET OCH STÖDJANDETS AKTÖRER	30
2.3. STÖDFORMER	33
2.4. STÖDPROCESSEN	35
2.4.1. <i>Stödgivare</i>	35
2.4.2. <i>Stödsökande</i>	36
2.4.3. <i>Stödmottagande</i>	37
2.5. UPPLEVT STÖD OCH RELATIONELLA KVALITETER	37
2.5.1. <i>Stödets ändamålsenlighet</i>	38
2.5.2. <i>Erfarenhet av stödrelationer</i>	38
2.5.3. <i>Relationella kvaliteter</i>	39
2.6. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER	41
ÅTERHÄMTNING (RECOVERY)	43
INLEDNING.....	43
3.1. PERSPEKTIV PÅ ÅTERHÄMTNING	44
3.2. ÅTERHÄMTNING SOM PROCESS	45
3.3. INDIVIDEN SOM AKTÖR	46
3.4. INDIVIDENS UTMANING	47
3.4.1. <i>Få kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter</i>	47
3.4.2. <i>Erhålla erkännande och acceptans</i>	48
3.4.3. <i>Återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap</i>	49

3.4.4. <i>Utveckla sin identitet och besegra stigma</i>	50
3.5. SOCIALA RELATIONER	50
3.5.1. <i>Erkännande av erfarenhetskunskap</i>	51
3.5.2. <i>Makt och delaktighet</i>	51
3.5.3. <i>Värderas som människa</i>	52
3.6. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER	53
METOD	57
INLEDNING	57
4.1. VALET AV KVALITATIVA INTERVJUER	57
4.2. URVAL OCH TILLTRÄDE TILL FÄLTET	59
4.3. GENOMFÖRANDE	61
4.3.1. <i>Intervjuguide och genomförande av intervju 1</i>	61
4.3.2. <i>Betydelsekartan och genomförande av intervju 2</i>	62
4.3.3. <i>Intervju 3 och dess genomförande</i>	63
4.4. TRANSKRIPTION	64
4.5. ANALYS	65
4.6. VALIDITET, RELIABILITET OCH GENERALISERBARHET	66
4.6.1. <i>Validitet</i>	66
4.6.2. <i>Reliabilitet</i>	68
4.6.3. <i>Generaliserbarhet</i>	68
4.7. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	69
4.7.1. <i>Informerat samtycke</i>	69
4.7.2. <i>Forskarrollen</i>	71
4.7.3. <i>Nytta/skada</i>	72
4.8. INFORMANTERNA	73
4.9. STUDIENS EMPIRISKA DEL	78
SLÄKT OCH FAMILJ	79
INLEDNING	79
5.1. FRÄMJANDE FAKTORER	79
5.1.1. <i>Vardagligt sammanhang</i>	80
5.1.2. <i>Mobiliserande stödformer</i>	82
5.1.2.1. <i>Kompenserande stöd</i>	83
5.1.2.2. <i>Diskuterande och reflekterande stöd</i>	84
5.1.2.3. <i>Motiverande stöd</i>	86
5.1.2.4. <i>Sammanfattande reflektioner</i>	87
5.1.3. <i>Kvalitetsaspekter i stödrelationen</i>	87
5.1.3.1. <i>Kontinuitet</i>	88
5.1.3.2. <i>Trygghet och tillit</i>	89

5.1.3.3. Acceptans	91
5.1.3.4. Ömsesidighet.....	92
5.1.3.5. Sammanfattande reflektioner.....	94
5.1.4. <i>Strategier för att bibehålla den betydelsefulla relationen</i>	94
5.2. HINDRANDE FAKTORER.....	97
5.2.1. <i>Icke-stödjande stöd</i>	97
5.2.2. <i>Svek och brustna förväntningar</i>	99
5.2.3. <i>Konflikter och gränser för relationen</i>	101
5.3. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER	104
5.3.1. <i>Socialt stöd</i>	104
5.3.2. <i>Relationella aspekter</i>	105
5.3.3. <i>Kapaciteter och strategier</i>	106
5.3.4. <i>Återhämtningens fyra målsättningar</i>	106
5.3.5. <i>Konklusion</i>	108
VÄNNER.....	109
INLEDNING.....	109
6.1. FRÄMJANDE FAKTORER	109
6.1.1. <i>Utåtriktande gemenskap</i>	110
6.1.2. <i>Förtroliga och stödjande samtal</i>	113
6.1.3. <i>Balanserat stödutbyte</i>	116
6.1.4. <i>Säkerställa det sociala stödet och vänskapsrelationen</i>	119
6. 2. HINDRANDE FAKTORER.....	124
6.2.1. <i>Svårigheten att inkluderas i vänskapsrelationer</i>	125
6.2.2. <i>Relationella påfrestningar</i>	127
6. 3. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER.....	130
6.3.1. <i>Socialt stöd</i>	130
6.3.2. <i>Relationella aspekter</i>	131
6.3.3. <i>Kapaciteter och strategier</i>	131
6.3.4. <i>Återhämtningen</i>	132
6.3.5. <i>Konklusion</i>	133
ARBETS- OCH STUDIEKAMRATER.....	135
INLEDNING.....	135
7.1. FRÄMJANDE FAKTORER	136
7.1.1. <i>Rollen som arbets- och/eller studiekamrat</i>	136
7.1.2. <i>Stöd för att klara arbetssituationen</i>	139
7.2. HINDRANDE FAKTORER.....	143
7.2.1. <i>Konflikter</i>	143
7.2.2. <i>Oro för utanförskap</i>	146
7.3. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER	150

7.3.1. Socialt stöd.....	150
7.3.2. Relationella aspekter.....	150
7.3.3. Kapaciteter och strategier	151
7.3.4. Återhämtningen.....	151
7.3.5. Konklusion.....	153
FORMELLA STÖDAKTÖRER.....	155
INLEDNING.....	155
8.1. FRÄMJANDE FAKTORER	156
8.1.1. Kunskap och erfarenhet	156
8.1.2. Maktbalanserad relation.....	158
8.2. HINDRANDE FAKTORER.....	161
8.2.1. Icke ändamålsenligt stöd.....	161
8.2.2. Rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad.....	165
8.3. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER	168
8.3.1. Socialt stöd.....	168
8.3.2. Relationella aspekter.....	168
8.3.3. Kapaciteter och strategier	169
8.3.4. Återhämtningen.....	169
8.3.5. Konklusion.....	170
SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....	171
INLEDNING.....	171
9.1. DET SOCIALA STÖDETS BETYDELSE FÖR ÅTERHÄMTNINGEN	171
9.1.1. Mobiliserande stöd med olika fokus och inriktning	173
9.1.2. Stöd som hindrar och bristande delaktighet	177
9.1.3. Kapaciteter och strategier	179
9.2. SOCIALT STÖD OCH ÅTERHÄMTNING - NÅGRA SLUTSATSER.....	183
9.3. NÅGOT NYTT UNDER SOLEN?	184
SUMMARY	187
LITTERATURLISTA	199
BILAGOR	

Sicken tur!

Ja inte tur som i att vinna på lotteri, utan tur som i en resa, en rejäl åktur a la Liseberg. Det är så jag vill beskriva tiden med avhandlingsarbetet. Med ett flerårigt åkpass har jag rört mig runt bland parkens alla attraktioner. Det har gått upp och ner och hit och dit. Varit både spännande, nervkittlande, humörhöjande och lite läskigt. Tack och lov för den trygghet de vänliga Lisebergskaninerna ingjuter, i synnerhet när man kommit lite vilse... Nåväl, över från dessa metaforer till verkliga personer som bidragit till avhandlingsarbetet.

Först av allt ett stort tack till Er som låtit er intervjuas, Ert bidrag är ovärderligt. Era berättelser har inte bara gett mig material att jobba med utan också drivkraft att gå vidare även när det känns tungt, så TACK! Därefter tack till Vårdalinstitutet för finansiering och gott stöd. Särskilt tack till alla medarbetare och doktorander på plattformen för långvarigt psykiskt sjuka och/eller funktionshindrade. Extra goa kramar till Henrik Levinsson, Henrik Loodin, Patrik Dahlqvist Jönsson, Ann-Sofie Magnusson och Ingela Steij Stålbrand för allt stöd och trivsamt samvaro. Tack även till Lärarförbundet för det skrivarstipendium ni tilldelade mig som innebar att jag fick två härligt kreativa veckor i Åre. Tack också till Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete. Speciellt till min huvudhandledare Ulla-Carin Hedin för hennes goda råd, skarpa blick och goa hjärta. Tack också till Rafael Lindqvist som tillkom som handledare det sista året. Du styrde upp avhandlingsarbetet och gav mig inspiration och ork att slutföra det hela. Tack till er på institutionen som varit opponenter; Anna Dunér, Hanna Wikström och Monica Nordström. Ett särskilt stort tack till Majen Espvall vid Mittuniversitetet för ditt stora engagemang som opponenter vid mitt slutseminarium. Dina konstruktiva och samtidigt respektfulla kommentarer var oerhört betydelsefulla för mig i det fortsatta arbetet. Tack även till läsgruppen bestående av Monica Nordström och Peter Dellgran för idogt arbete på sluttampen. Fyra doktorander vid socialt arbete har varit extra betydelsefulla för mig och kommit att bli mina vänner; Andreas Liljegren, Daniel Uhnoo, Mariella Niemi och Anette Bohlin. Stor kram till er!

Ett varmt och ödmjukt tack till Jan Theliander och Ann Liss vid Högskolan Väst som gav mig möjlighet att slutföra avhandlingsarbetet i tjänsten när mina doktoranddagar tog slut. Tack även till övriga kollegor vid Högskolan Väst, för att ni är bäst helt enkelt. Tack till Lisbeth Granberg för hjälpen med den vackra och kraftingivande omslagsbilden. Ett stort tack till Carina Olsson som omvandlade akvarellen till ett omslag. Varmt tack till Håkan Klamas för hjälp

med korrekturläsning. Kram och tack till Sofi Hjalmarsson för hjälp med översättning. Ett mega-tack till alla vänner på Facebook som ivrigt hejat på och skickat flow och goa tankar till mig. Till Marit Grönberg-Eskel skickar jag varmt tycka om för den vänskap vi utvecklat under vår doktorandtid. Den STÖRSTA och varmaste av kramar till min härliga vän Marie Hjalmarsson som har varit ett fantastiskt stöd i denna doktorandtidens berg- och dalbana. Vår tradition med SPA-vistelser hoppas jag ska vara livslång! En stor kram till min goa vän Anders J för alla uppmuntrande luncher, samtal och sms. Ett stort tack till ALLA övriga vänner för stöd, middagar, fikastunder, härliga partyn, bokträffar, bandy, bowling, galna upptåg och allt gott som hör livet till. Ett särskilt tack till fina vännen Malin Bragander för alla fikastunder och shoppingurer. Utan allt det roliga hade jag aldrig orkat!

Avslutningsvis till de närmaste, till min familj och underbara släkt. Ni är många som funnits med i tanke och handling genom åren. Ni har stöttat mig i såväl avhandlingsarbetet som i allt annat som skett omkring mig. Särskilt vill jag lyfta fram mina systrar Anne och Linda och min mamma Ulla. Min kärlek till er är så stor, så stor, ”puss puss I love u”. Till sist, den bästa i mitt liv, min son Rasmus. Du har så mycket gott inom dig som sprider sig över till mig. Ditt mod, din hängivenhet och din ständiga tilltro till att allt är möjligt, även det att jag skulle bli klar med min avhandling. Det går inte att nämna i ord hur mycket du betyder för mig. Jag vet att du känner i ditt hjärta att jag älskar dig miljoner mängder. Denna bok är tillägnad dig med innerlig kärlek.

Maria Klamas

Vänersborg 30 augusti 2010

KAPITEL 1

INLEDNING

Vad är det som får personer med psykiska funktionshinder att komma vidare i livet? Vad tycker de själva är stödjande och hindrande? Vilka egna styrkor och förmågor har individen och hur kommer dessa till användning? Detta är frågeområden som intresserat mig under många år och som sedermera utvecklats till detta avhandlingsarbete.

Större delen av mitt yrkesverksamma liv har jag arbetat med personer med psykiska sjukdomar/funktionshinder. Direkt efter gymnasiets vårdlinje arbetade jag några år på 1980-talet som mentalskötare. Sett i backspegeln fanns det mycket att önska kring både behandling och förhållningssätt. Efter att ha läst Sociala omsorgsprogrammet vid dåvarande Vårdhögskolan i Vänersborg anställdes jag som biståndshandläggare i Trollhättans kommun. Jag handlade ärenden för personer med psykiska funktionshinder utifrån såväl Socialtjänstlagen, SoL (2001:453) som Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387). I tjänsten ingick även att delta i utvecklingsarbetet kring den kommunala ”psykiatri” samt i samverkansarbetet med regionpsykiatrins öppen- och slutenvård.

Under den här tiden växte mitt intresse för vilken sorts stöd personer med psykiska funktionshinder själva tycker fungerar för dem. Såväl lagstiftning som kommunala riktlinjer och reformer betonade att individens erfarenheter och upplevelser skulle stå i centrum och att insatser skulle utformas tillsammans med individen. Detta till trots var min uppfattning att vi alltför ofta erbjöd en insatsarsenal utan att ha tillräckliga kunskaper om huruvida dessa insatser var önskade och verkningsfulla för individen i att överbrygga hinder och komma vidare i livet. Individen hade relativt liten möjlighet att själv uttrycka vad hon/han såg som betydelsefullt. Mitt intresse för att studera dessa frågor tilltog. År 2003 sökte jag (och fick) en doktorandtjänst vid Vårdalinstitutet¹ på en forskningsidé om vad som får vardagen att fungera för personer med psykiska funktionshinder så att de kan komma vidare i livet.

Den här studien handlar om människor med psykiska funktionshinder, vad som främjar och vad som hindrar dem från att hantera sina psykiska svårigheter

¹ Vardalinstitutet.net för mer information om deras verksamhet.

och komma just vidare i livet. Mer precist är det, det sociala stödets betydelse för återhämtningsprocessen som undersöks och det är individens egna upplevelser och erfarenheter som står i fokus. Även om det under de senaste åren genomförts en mängd reformer och förändringsarbeten i syfte att förbättra livsvillkoren för människor med psykiska funktionshinder hör de fortfarande till de allra mest utsatta i vårt samhälle. Kunskapen om deras livsvillkor och vardagsliv satt i ett socialt sammanhang utifrån deras eget perspektiv är fortfarande bristfällig. I nästa avsnitt ges en socialpolitisk bakgrund till studien.

1.1. Bakgrund

De senaste decennierna har det skett stora förändringar inom området som berör personer med psykisk ohälsa². Under 1990-talet genomfördes två omfattande socialpolitiska reformer i Sverige som berörde personer med funktionshinder, handikappreformen (SOU, 1991:46) och psykiatrireformen (SOU, 1992:73). Psykiatrireformen innebar ett ökat och förtydligat ansvar för kommunerna för att människor med funktionshinder skulle kunna leva i samhället som fullvärdiga samhällsmedborgare och Socialtjänstlagen (1996/97:124) skärptes upp på dessa punkter. Socialtjänstens ansvar för gruppen hade visserligen funnits i Socialtjänstlagen sedan 1982 men utan förväntat resultat. Målet med reformerna var att stärka den enskildes självbestämmande och inflytande. Något nytt skulle skapas utifrån begrepp som normalisering, integrering, självbestämmande och delaktighet (SOU, 1992:73).

Trots att man på olika sätt har försökt förändra synen på och arbetet med människor med psykiska funktionshinder har de fortfarande sämre levnadsvillkor än andra (Socialstyrelsen, 1999:1; Socialstyrelsen, 2010; SOU, 2006:100). Goda levnadsförhållanden handlar om personers tillgång till resurser och möjligheter att självständigt kunna leva sina liv inom områden som, ekonomi, utbildning, fritid, arbete och hälsa. Delaktigheten i samhället för personer med psykiska funktionshinder är fortfarande liten, få har arbete/sysselsättning och de deltar sällan i fritidsaktiviteter. En tredjedel av de personer som är hemlösa har psykiska funktionshinder (Socialstyrelsen, 2003).

Skälen till skillnader i levnadsvillkor kan vara många. Ett skäl kan kopplas till de konsekvenser som funktionshindret medför i vardagen. Människor med

² Inom forskningsområdet används olika former av begrepp och kategoriseringar t.ex. psykiska funktionshinder, psykisk ohälsa, psykisk sjukdom, psykiska svårigheter. När det gäller min forskning använder jag begreppet psykiska funktionshinder. När andra forskare/författare refereras används det begrepp de valt.

långvariga psykiska besvär löper en ökad risk för ofärd när det gäller flera områden i vardagen (SOU, 2001:56). Problematiken är ofta komplex och leder till svårigheter på olika sätt t.ex. i familjelivet, i arbete/sysselsättning och på fritiden. Ett annat skäl har med bristande kunskap att göra. Kunskapen är bristfällig vad gäller människor med psykiska funktionshinder, deras vardag och livsvillkor satt i ett socialt sammanhang utifrån individens eget perspektiv (Socialstyrelsen, 1998:4; SOU, 2001:56). Ytterligare ett skäl till skillnader i levnadsvillkor kan ha att göra med det samhälleliga stöd som finns. Det har visat sig att många personer med psykiska funktionshinder inte får del av det samhälleliga stöd som finns, men också att det stöd som erbjuds inte är anpassat till de behov individerna upplever sig ha (Rosenberg, 2009).

För att kunna förändra dessa människors livsvillkor måste de ges en reell möjlighet att påverka sin livssituation. Delaktighet och medborgarskap är betydande aspekter som lyfts fram i den nationella strategin för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska funktionshinder och sjukdomar (SOU, 2006:100). En övergripande vision är att dessa människor ska ha samma möjligheter till bostad, arbete, gemenskap och delaktighet som andra i samhället, d.v.s. personer med psykiska funktionshinder ska ses som samhällsmedborgare med samma rättigheter och skyldigheter som andra. På det sättet kan man anta att den nationella strategin avser att det samhälleliga medborgarskapet i långt större utsträckning än vad som tidigare varit fallet ska omfatta personer med psykiska funktionshinder. Ökat brukarinflytande och minskad stigmatisering betonas. Personalutbildning med fokus på bemötande samt rekrytering av personal med egna erfarenheter av psykiska svårigheter ses som ett sätt att stärka brukarinflytandet. Genom ökad kunskap hos personalen om bemötande, brukarerfarenhet och etik hoppas man minska risken för att negativa värderingar ska vägleda de arbetssätt som tillämpas i förhållande till målgruppen. Tanken är också att sådan kunskapsutveckling ska minska risken för stigmatisering av personer med psykiska funktionshinder. Sammantaget menar jag att dessa visioner och målsättningar eftersträvar att på ett bättre sätt tillvarata den erfarenhetskunskap personer med psykiska funktionshinder besitter. Det kan bidra till att deras roll som samhällsmedborgare kan återupprättas och kan därmed ses som ett led i ökad jämlikhet i samhället.

De socialpolitiska målsättningarna kan kopplas samman med återhämtning från psykiska funktionshinder. En viktig aspekt där är att återfå rollen som samhällsmedborgare. I återhämtningsprocessen är det individen som ska vara aktiv och ansvarig, och omgivningen kan främja eller hindra denna process (Deegan, 1996; Topor, 2005; Velpry, 2008). Rosenberg (2009) menar att vi

genom att se till den sociala kontexten individen är en del av kan hitta olika sätt som gör att individen återhämtar sig till ett liv i delaktighet. När individen ses som aktiv samhällsmedborgare utifrån ett perspektiv som betonar inklusion, och när de naturliga stödresurserna i samhället uppmärksammas kan det reducera riskerna för ett långvarigt utanförskap för personer med psykiska funktionshinder.

Med tanke på de socialpolitiska visioner och målsättningar som finns, och svårigheterna att uppnå dessa, finner jag det relevant att studera det sociala stödets betydelse för återhämtningen för personer med psykiska funktionshinder utifrån deras upplevelser och erfarenheter. Gruppen har sämre livsvillkor än övriga samhällsmedborgare. Utanförskap och stigmatisering är fortfarande omfattande och delaktigheten är bristfällig. Deras problematik är komplex och det stöd som finns att tillgå når inte individen och/eller är inte anpassat till individens upplevda behov. Ett betydande skäl är att den befintliga kunskapen är bristfällig. Tanken med föreliggande studie är att en utgångspunkt i individens upplevelser tydliggör värdet av deras erfarenhetskunskap, deras aktiva roll i återhämtningsprocessen, men också deras roll i samhället i stort. Genom att fokusera på det sociala stödets betydelse tydliggörs omgivningens inverkan på återhämtningen. Kunskapen om vad individen själv anser vara främjande respektive hindrande ökar möjligheterna för att det sociala stöd som erbjuds ska kunna matcha de behov individen själv upplever sig ha. Stödresurser kan då användas på ett bättre sätt och som ett komplement till de förmågor och resurser som individen har. Förhoppningen är att föreliggande studie kan bidra med den kunskap som efterfrågas vad avser personer med psykiska funktionshinderns egna erfarenheter och upplevelser av vad som verkar stödjande och hindrande för dem att komma vidare i livet. Det är kanske ett sätt för oss att komma närmare våra visioner och målsättningar om att förbättra denna grupp's livsvillkor i samhället.

1.2. Personer med psykiska funktionshinder

När målgruppen är människor med psykiska funktionshinder ställs man som forskare direkt inför en definitionsproblematik som inte är helt enkel att hantera, men som med största sannolikhet kommer att få konsekvenser för studien och dess resultat. För vem är att betrakta som funktionshindrad? Olika definitioner används i olika sammanhang och vilken som väljs är relaterad till den verksamhet och det uppdrag som avses. I forskningssammanhang gäller det att

välja den definition som passar syftet bäst, men samtidigt vara klar över att det valet också innebär begränsningar som kontinuerligt måste diskuteras under forskningsprocessen. Funktionshinder kan kategoriseras utifrån en administrativ definition, där personen definieras som psykiskt funktionshindrad i den mån hon/han har någon insats eller ersättning relaterad till funktionshindret. Ett annat sätt att kategorisera är utifrån olika diagnoser. Det tredje sättet att definiera funktionshinder är att utgå från individens egen upplevelse av att tillhöra kategorin funktionshindrade (Barron, Michailakis & Söder, 2000; Grönvik, 2003). Då jag gjorde urvalet till denna studie valde jag bort den administrativa och den diagnostiska kategoriseringen. Jag ville nå personer både med och utan insatser från välfärdssamhället och hade heller inte någon särskild diagnos som utgångspunkt. Samtidigt är jag klar över att dessa personer är definierade av andra såväl administrativt som via sin diagnos (se vidare i metodkapitlet). Eftersom min utgångspunkt när studien startade var att fånga individers upplevelser och erfarenheter ville jag att det skulle genomsyra hela studien, så även urvalsförandet. Av det skälet valde jag att utgå från den subjektiva definitionen av psykiska funktionshinder. Vägledande för mig då jag sökte informanter var Nationell Psykiatrisamordnings definition av psykiska funktionshinder:

”En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid.”
(SOU, 2006:100, s. 325)

På det sättet kan man säga att jag satte ramen för vilka som skulle kunna komma i fråga som informanter. Det var de personer som såg sig ha ett psykiskt funktionshinder som medförde att de hade stora och omfattande svårigheter att hantera sin vardag, som efterfrågades.

Sedan jag inledde detta avhandlingsarbete har ett ”nytt” begrepp, funktionsnedsättning, introducerats och rekommenderats av Socialstyrelsen, (www.socialstyrelsen.se/termbanken). Socialstyrelsen menar att begreppet funktionsnedsättning inbegriper nedsättningar av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Man menar vidare att begreppet funktionshinder ska användas som den begränsning som funktionsnedsättningen innebär för en person satt i relation till omgivningen. Jag har valt att använda begreppet psykiskt funktionshinder. Föreliggande avhandling handlar om det sociala stödets betydelse för återhämtningen. Båda processerna försiggår i ett socialt sammanhang och fokuserar på individens samspel med omgivningen. I det framträder såväl begränsningar som möjligheter relaterat till individens psykiska

svårigheter och andra omgivande faktorer. Av det skälet finner jag begreppet psykiskt funktionshinder fortfarande vara det som passar denna studies syfte och avgränsningar bäst.

1.3. Syfte och frågeställningar

Av genomgången ovan framgår att det finns brister i kunskap om människor med psykiska funktionshinder, deras vardag och livsvillkor satt i ett sammanhang. Mot bakgrund av de nationella visioner och målsättningar som diskuterats, och svårigheten att uppnå dessa, är det angeläget att utveckla kunskap som kan förändra dessa individers livsvillkor. Genom att studera det sociala stödets betydelse för återhämtningsprocessen utifrån individens upplevelse kan kunskapsluckan minska. Kunskapen som erhålls kan användas till att utveckla stöd, vård och omsorg till dessa människor, men är också en viktig förutsättning för att kunna förändra deras livsvillkor. När individens upplevelser och erfarenhetskunskap tas tillvara ökar möjligheterna för delaktighet och ett medborgarskap där personer med psykiska funktionshinder i ökad omfattning kan ta sin rättmätiga plats. Syftet med studien är att beskriva och analysera det sociala stödets betydelse för återhämtningsprocessen för vuxna personer med psykiska funktionshinder, med utgångspunkt i individens upplevelser.

- Vilken betydelse har det sociala stödet för återhämtningsprocessen?
- Vilket socialt stöd upplevs främjande respektive hindrande för individen i syfte att hantera de psykiska svårigheterna?
- Vilka relationella aspekter främjar respektive hindrar stöd- och återhämtningsprocessen?
- Vilka strategier och kapaciteter utvecklar individen själv för att hantera hinder och svårigheter?

Både socialt stöd och återhämtning kan ses som processer som försiggår mellan människor i interaktion, där dessa påverkar varandra i något avseende. Av det skälet blir relationerna mellan individen och olika aktörer i nätverket betydelsefulla i studien. När det gäller återhämtningsprocessen är det främst fyra aspekter som kommer att fokuseras. Dessa är att; få kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter, erhålla erkännande och acceptans, återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap samt utveckla sin identitet och besegra stigma. Skälet till denna avgränsning är att aspekterna kan ses som individens

målsättning och utmaning i återhämtningsprocessen och därmed betonar individen som aktiv där omgivningen kan främja eller hindra denna process.

1.4. Avhandlingens disposition

Avhandlingen består av nio kapitel. Detta första kapitel redogör för studiens bakgrund, syfte och frågeställningar samt dess socialpolitiska och vetenskapliga relevans satt i svensk kontext. I kapitel två och tre presenteras teorier och forskning om socialt stöd och återhämtning. Där diskuteras även föreliggande studies position i förhållande till befintlig kunskap inom dessa forskningsområden. I kapitel fyra presenteras och diskuteras metodologiska frågor. Den empiriska delen i avhandlingen presenteras och diskuteras i kapitel fem till och med åtta. Det sociala stödets betydelse för återhämtningen presenteras utifrån fyra nätverkskategorier; släkt och familj, vänner, arbets- och studiekamrater samt formella stödaktörer. I det avslutande nionde kapitlet förs en sammanfattande diskussion om studiens huvudsakliga resultat.

1.5. Aktuell forskning i svensk kontext

I detta avsnitt presenteras ett urval av aktuell nationell forskning³. Den forskning som presenteras har olika teoretiska ingångar, men gemensamt är att den handlar om personer med psykiskt funktionshinder/sjukdom och i något avseende behandlar socialt stöd och/eller återhämtning. Med detta urval hoppas jag kunna ringa in den kunskap som redan finns inom forskningsområdet och därmed tydliggöra vad min studie kan bidra med. Forskningen presenteras utifrån två teman. I det första temat presenteras forskning med fokus på individens behov och stödinsatser. Det andra temat har fokus på stöd- och återhämtningsaktörerna och interaktionen dem emellan.

1.5.1. Individens behov och stödinsatser

I detta avsnitt presenteras forskning med fokus på individens behov och stödinsatser.

³ Den internationella forskningen om socialt stöd och återhämtning (både med och utan koppling till psykiska funktionshinder och/eller sjukdom) lyfts fram i avhandlingens teoretiska kapitel. Där för jag även en diskussion om vilken kunskap föreliggande studie skulle kunna bidra med i förhållande till den kunskap som redan finns.

Skärsäter (2002) har studerat personer med egentlig depression, socialt stöd och sociala nätverk. Syftet var att beskriva hur kvinnor och män använde sitt sociala stöd från professionella och från närstående för att tillfriskna. Både männen och kvinnorna i studien ansåg att deras sociala stöd, i synnerhet det emotionella stödet, var otillräckligt. De tyckte också att det fanns för få människor i deras nätverk. Kvinnorna var de som upplevde sig ha minst socialt stöd. Det stöd de hade kom främst från personer utanför familjen. De beskrev sig själva som en viktig resurs i återhämtningen och berättade om egna strategier de utvecklade. Kvinnorna eftersträvade en känsla av mening, en emotionell och kognitiv förståelse för hur livet skulle kunna hanteras. Samtalet med vänner och professionella var en betydelsefull faktor. Männen betonade behov av vila och avlastning och behövde aktivt stöd från omgivningen för att ta sig ur sin depression. För männen var det betydelsefullt att återta en plats i offentligheten. De hade behov av att känna att andra hade tilltro till dem och deras förmåga att lösa problem. Delaktighet i samhället var för dem ett tecken på återhämtning.

Behovet av meningsfullhet och gemenskap tydliggörs i Leufstadius avhandling (2008). Hon har studerat individens upplevelse av meningsfullhet i vardagens aktiviteter med fokus på arbete (eller arbetsliknande aktivitet). Den främsta aspekten av meningsfullhet i vardagliga aktiviteter som informanterna rapporterade var sociala kontakter och social interaktion. Att ha ett socialt liv, ta hand om andra personer eller husdjur och kunna göra något för någon annan upplevdes väldigt meningsfullt. De personer som tillbringade en stor del av dygnet i någon form av aktivitet upplevde en bättre hälsa och en högre grad av välbefinnande. Dessa personer hade också en ökad känsla av kontroll i sitt liv samt en högre grad av social interaktion. Arbete (eller arbetsliknande aktivitet) innebar en möjlighet till gemenskap och social samvaro med andra människor, vilket stärkte individens självkänsla och identitet. Social interaktion öppnar upp för delaktighet, vilket i sin tur kan ge individen en känsla av normalitet, acceptans och tillhörighet.

Arbete som socialt stöd belyses i Meeuwisses (1997) studie om klubbhuströrelsen (Fountain House). Deras modell är inriktad på socialt stöd i form av en vardagsbaserad frigörande pedagogik som syftar till ”ownership” och empowerment⁴. Istället för att försöka styra eller påverka individers beteenden erbjuder de naturlig gemenskap och gemensamt ansvar. De ser arbetet som en drivkraft och har en tilltro till människors produktiva förmågor. Fokus är på människors friska sidor, deras styrkor och resurser. Inom verksamheten vill man

⁴ Empowerment handlar om att öka makten och inflytandet hos varje individ för att därmed utveckla kraft och förmåga att ta sig vidare ur svåra situationer (Askheim, 2007).

inte fokusera på eller samtala om psykiska problem, därför får sådana inslag inget gensvar från personalen. Tanken med det är att genom vardagliga samspel motverka sjukdomsidentiteter. Ur umgängesformer, mötes- och beslutsrutiner, det gemensamma ansvaret och de gemensamma uppgifterna förväntas samhörighet och normalitet uppstå.

Cruse (2008) menar att meningsskapande rehabilitering och självhjälp kan stärka individens empowerment och ge denne motivation och resurser vilket främjar återhämtningen. Hon har studerat personer med psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende. Individerna i studien ville få kontroll över och förbättra sin livssituation. Deras vilja tydliggör den aktiva kraft och förmåga som varje individ har. Med stöd från andra kan denna kraft och förmåga öka förutsatt att stödet är kopplat till individens behov. Cruses slutsats är att rehabilitering bör utformas i samarbete mellan behandlare och patient så att den svarar mot patientens behov och stärker dennes delaktighet i sin egen återhämtningsprocess.

Stödbehov relaterat till självbestämmande diskuteras i Levinssons avhandling om autonomi för personer med psykisk sjukdom (2008). Han ser det som viktigt att göra en distinktion mellan autonomi som kognitiv förmåga och som en rättighet. I den mån man bortser från autonomi som kapacitet och enbart fokuserar på rättigheter kan det bli problematiskt eftersom det kan leda till högre krav än vad individen har förmåga att leva upp till. Levinsson menar att många personer med psykisk sjukdom lider idag. De får inte det stöd de behöver för att klara av sin livssituation eftersom de professionella hjälparna i stället hänvisar till brukarens autonomi. På det sättet lämnas individen ensam med ansvaret att hantera hinder och svårigheter. Han menar att i situationer där autonomi är svår att upprätthålla kan tillhandahållandet av adekvat stöd vara mer viktigt än att blint försvara principerna om autonomi. På det sättet kan ett för stort ansvar och/eller för höga krav på individen att vara aktiv och delaktig hindra återhämtningen. Hänsyn måste således tas både till individens upplevda behov och deras förmåga till delaktighet och självbestämmande.

Rosenberg (2009) har studerat den sociala kontexten som personer med psykiska funktionshinder lever i. Han vill nå kunskap om vilka kontakter de har med samhällets stödaktörer, men också vilka egenskaper och behov de har, ur såväl personalens som brukarnas perspektiv. Målet är att kunskapen ska leda till en ökad förståelse för gruppens livsvillkor och behov. Rosenberg fann att flera personer med psykiska funktionshinder inte får del av de samhälleliga insatser som finns, men också att de insatser som finns att erbjuda inte är matchade till

de behov individerna upplever sig ha. I studien framkom också nya icke-tillgodosedda stödbehov vilka var kopplade till samhällliga roller. När det inte finns verksamheter som erbjuder stöd kopplat till de behov individen upplever sig ha finns det risk för ett ökat utanförskap (och kanske ökade psykiska svårigheter). Avsaknaden av stödinsatser kopplade till behovet av samhällliga roller, tillsammans med de stigmatiserande attityder och rigida regelsystem som Rosenberg fann, bidrar till utanförskapet. Om välfärdsamhällets mål om delaktighet ska kunna uppnås måste dessa behov tillgodoses. Rosenbergs recept för att nå ökad delaktighet och kunna främja återhämtning är att hänsyn tas till individens sociala kontext, sammansatta behov och individen som aktiv samhällsmedlem. Främjande respektive hindrande faktorer i återhämtningen synliggörs i den sociala kontexten. Perspektivet synliggör också dynamiken i samspelet med andra omgivande aktörer. Med ett ensidigt perspektiv på individens sjukdom riskerar denna dynamik att gå förlorad. Det kan också leda till att en sjukidentitet införlivas som förstärker en negativ självbild hos individen, vilket hindrar såväl delaktighet som återhämtning.

1.5.2. Stöd- och återhämtningsaktörerna och dess interaktion

Socialt stöd och återhämtning försiggår i samspel mellan individ och omgivning. Det finns olika faktorer, aspekter och relationella kvaliteter som påverkar i vilken mån socialt stöd kommer att uppfattas stödjande eller inte, och om återhämtning främjas eller hindras.

Topor (2001) har i sin avhandling summerat kunskap om återhämtning från svåra psykiska störningar och undersökt vilka faktorer som främjar återhämtning utifrån individens perspektiv. Den empiriska delen av hans avhandling grundar sig i intervjuer med personer som återhämtat sig från psykiska störningar. Resultatet visade att faktorer hos individen själv och i omgivningen kan främja återhämtningen. Hos individen är det personliga egenskaper såsom drivkraft, styrka och resurser som gynnar återhämtningen. Insatser och stödformer kan vara främjande, men varje livsberättelse i studien betonade samspelet med andra människor. Relationer till andra och relationella kvaliteter visade sig därmed ha stor betydelse för hur återhämtningen kom att gestalta sig. Ett viktigt medel i återhämtningen är samtalet. Före terapeutiska tekniker betonas egenskaper hos samtalspartnern, men också att samtalen handlar om ”ditt och datt” och inte enbart om det som är svårt och jobbigt. Andra människor kan agera ställföreträdande hopp och erbjuda en betydelsefull kontinuitet i livet. Deras

förmåga att förmedla känsla av säkerhet och acceptans sågs också som främjande faktorer. Att omgivningen tog emot omsorg från individen var ytterligare en aspekt som betraktades som främjande. Något jag tolkar som en ömsesidighet i relationen där individen görs värdefull för andra och inte enbart framstår som passiv mottagare av stöd i sin återhämtning. Återkommande i livsberättelserna om främjande faktorer var att individen inte ska reduceras till sina psykiska svårigheter utan ses som både och, d.v.s. med såväl styrkor som svagheter.

Att återhämtning är en individuell process som äger rum både inom personen själv och i relation till samhället i övrigt framhåller Schön (2009) i sin studie. Med ett genusperspektiv på återhämtning undersöker hon vad kvinnor och män upplever främjar deras återhämtningsprocess. Den sociala relationen är avgörande för återhämtningsprocessen och för i vilken mån insatser kommer att uppfattas som främjande eller inte. Dessa resultat understryker att återhämtning är en social process. Stöd och insatser ska därmed förstås utifrån kvaliteten på de sociala relationer som ingår. Det som karaktäriserar en hjälpsam relation är känslan av samarbete, ömsesidighet, delaktighet och hopp. Precis som i Topors studie framträder individen som aktiv i återhämtningsprocessen. Schön beskriver hur individen utvecklar strategier för att hantera hinder och svårigheter genom att skapa sociala relationer och söka sig till socialt gynnsamma miljöer. Avgörande för utvecklingen av copingstrategier är hur individen skapar mening kring sitt funktionshinder. Resultatet visar att kvinnor skapar en mer positiv mening kring sitt funktionshinder än vad män gör. Återhämtningsprocessen kan även förstås som identitetsskapande. Individen kan i relation till andra skapa nya identiteter vid sidan om sin psykiska ohälsa. Genom att skapa en motståndsideitet till identiteten som psykiskt sjuk minskas risken för att den senare förblir den dominerande. Denna del av återhämtningen upplevs problematisk för respondenterna då de tycker sig sakna makten att definiera och omdefiniera sig själva. Det är ofta andra som definierar dem på ett sätt som inte stämmer överens med deras egen upplevelse. Identiteten som brukare eller psykiskt sjuk är svår att frigöra sig från. Dessa resultat tydliggör att det kan vara svårare att återhämta sig från konsekvenserna av sjukdomen än från sjukdomen i sig själv. För att omgivningen bättre ska kunna bidra till återhämtningen efterfrågar Schön en praktik där individens definitionsakt ökar och brukarkunskapen blir en kompletterande kunskap till den professionella.

Flera studier belyser relationen mellan individ och professionell och hur den påverkar det sociala stödet och återhämtningen. I dessa studier framträder olika relationella kvaliteter och förhållningssätt som kan främja eller hindra

återhämtningen. I Cruses (2008) studie efterfrågar undersökningsgruppen insatser och förhållningssätt som gör deras tillvaro hanterbar, begriplig och meningsfull. Det visar på att insatserna i sig inte är tillräckliga utan måste vara förenade med en viss relationell kvalitet för att uppfattas som stödjande, vilket kommer till uttryck i de professionellas förhållningssätt. Man vill bemötas med respekt. De professionella ska lyssna och avsätta tid för att vara tillsammans med individen. De ska också bemöta varje individ med en helhetssyn och utifrån just dennes specifika behov. Undersökningspersonerna menade att ett sådant förhållningssätt bekräftade deras mänskliga värdighet och främjade deras återhämtning.

Pejlerts studie (2000) rörde patienter som vistades på psykiatrisk avdelning och deras överflyttning till mer hemlika boendeformer. Efter flytten uppstod en förbättring i att hantera det vardagliga livet. Skälet till det anges vara att patienter och personal efter flytten kom att göra saker tillsammans och därmed delade den vardagliga världen. Ur det förändrades relationen mellan patient och sjuksköterska. I det hemlika boendet uppstod en ökad närhet och gemenskap i det dagliga livet och ett *vi* skapades. Att professionellas delaktighet i individens liv kan vara främjande framkommer även i Forsbergs (2009) studie. Personer med psykiska funktionshinder deltog, tillsammans med personalen på det särskilda boendet, i en hälsointervention. Interventionen upplevdes som ett viktigt stöd och gav en förändrad och mer nära och jämlik relation till de professionella.

Andersson (2009) har undersökt relationen mellan boendestödjare och personer med psykiska funktionshinder. Boendestöd är en insats som försiggår i individens vardagsliv och präglas av aktiviteter/handlingar, samtal och umgänge i ett ömsesidigt samspel. Det gör att den boendes vardagliga erfarenheter kommer att delas med den professionelle. Boendestöd som insats är således att betrakta som en samspelssituation vilket ger relationen (och dess kvalitet) en avgörande betydelse för hur boendestödet kommer att uppfattas. Andersson väljer att beskriva relationens kvalitet utifrån begreppet socialt klimat. Detta sociala klimat ska präglas av intresse för personen och dennes individualitet samt av omtanke och integritet. Det visade sig att när relationen inte fungerade uppfattades heller inte boendestödet som stödjande. Det vill säga, det sociala klimatet (den relationella kvaliteten) hade avgörande effekter på om de handlingar som ägde rum skulle komma att uppfattas som stödjande eller inte.

Dufåker (1993) studerade också insatsen boendestöd några år tidigare. Hennes resultat visade att boendestöd är en framgångsrik stödform i den mån

relationen bygger på acceptans där individ och professionell kan mötas på en jämlik basis, och där individen har möjlighet att påverka sin situation. Detta gällde dock samtliga relationer och inte bara de som involverade professionella. De relationer som man har med familj och vänner verkade vara en modell för kontakter med professionella. Nyström (1999) studerar i sin avhandling hur allvarligt psykiskt störda människor ser sin vardagliga tillvaro och vad som präglar deras upplevelser av sig själva och sin omvärld. Hon menar att olika former av vård och omsorg är en viktig del av dessa individers vardag. Som jag ser det har hon ett vidare syfte med sin avhandling. Det är att påtala vilken kompetens vård- och omsorgsgivare behöver ha. Samtliga av hennes informanter hade kontakt med psykiatri och/eller socialtjänst. Hon menar att människor med svåra psykiska störningar behöver meningsfulla relationer. Omsorgen om dem ska inte karaktäriseras av terapeutiska ambitioner. Det är när de accepteras med sina problem precis sådana som de är utan krav på förändring som de kan leva ett gott liv.

Vikten av acceptans och lyhördhet lyfts även fram i Olofssons (2000) studie om tvång. Där framträdde att patienter har en vidare syn på vad tvång innefattar än vad läkare och sjuksköterskor har. Läkare och sjuksköterskors berättelser om tvång relateras till mer formaliserat tvång såsom exempelvis tvångsinjektioner. Medan patienterna talar om tvång i termerna av att inte bli lyssnad på eller att bli hotad med sanktioner. Deras önskan är att bli lyssnade på och accepterade som den person de är. Utifrån Olofssons resultat kan man förstå att tvång och olika former av restriktioner ofta finns varsamt inbäddade i den dagliga psykiatriska praktiken och kan komma till uttryck i personalens förhållningssätt. Även Steinholtz Ekecrantz (1995) påtalade värdet av positiv kommunikation mellan individ och personal i sin studie om psykiatripatienternas erfarenheter av mötet med psykiatrin. Samtliga intervjuade upplevde bristande kommunikation. Den kännetecknades av envägskommunikation där personalen talar över individens huvud, meddelar, uppmanar, bekräftar, underrättar, förmanar och befäller. De efterfrågade en mer positiv kommunikation, där personalen lyssnar, ställer frågor, även pratar om sig själva i så kallade vanliga samtal. Sådan horisontell kommunikation ger en känsla av jämlikhet, vilket är främjande för individen.

1.5.3. Befintlig kunskap och studiens relevans

Den forskning jag valt att lyfta fram i ovanstående avsnitt handlar om personer med någon form av psykisk problematik, socialt stöd och återhämtning, precis

som föreliggande studie. Förhoppningen är att föreliggande avhandling ska kunna komplettera den på många sätt omfattande forskningen. Det jag kan bidra med måste ses i ljuset av det som redan är studerat, det som betonas och efterfrågas. Merparten av den forskning jag lyfter fram har sin betoning på det som är främjande för återhämtningen. Den stödaktör som ges störst utrymme är professionella. Till stor del är det personer som har någon form av samhälleligt stöd som belyses. Individen som aktivt subjekt och dennes delaktighet såväl i återhämtningsprocessen som i samhället i stort betonas. Samtliga studier har i någon mån ett individperspektiv, även om det ibland är kompletterat med professionellas erfarenheter. Relationella kvaliteter (såsom t.ex. acceptans, ömsesidighet, jämlikhet) ses som en viktig förutsättning för att insatser och stödformer ska uppfattas som socialt stöd och/eller kunna främja återhämtning. De insatser och det stöd som erbjuds ska vara matchat till individens upplevda behov, men också anpassat till individens egna förmågor. Det som efterfrågas är en ökad delaktighet för individen där dennes egna erfarenheter och förmågor tas tillvara. För att förändra dessa individers livsvillkor och främja den samhälleliga delaktigheten behövs mer kunskap utifrån individen och dennes sociala sammanhang.

Min studie kan bidra genom att jag så systematisk som möjligt analyserar det sociala stödets betydelse för återhämtningsprocessen, där såväl hindrande som främjande faktorer samt individens svårigheter och resurser (kapaciteter och strategier) inbegrips, allt med utgångspunkt i individernas egna upplevelser. På det sättet kan den befintliga kunskapen som har betoning på främjande faktorer kompletteras. Hindrande och främjande faktorer samt individens resurser och svårigheter är aspekter av individens sammanhang och betydande för att få förståelse för individens totala situation, kunskap som idag är bristfällig. I forskningsgenomgången framträder hur betydande relationer och relationella kvaliteter är för upplevelsen av stöd och för hur återhämtningsprocessen kommer att gestalta sig. Av det skälet kommer jag att betona relationer i föreliggande studie. Resultatet kommer att presenteras och diskuteras med fokus på fyra nätverksrelationer (släkt och familj, vänner, arbets- och studiekamrater samt formella stödaktörer). Av utrymmesskäl kommer inte arenor och aktiviteter explicit ges utrymme i analysen även om det är viktiga aspekter i den sociala kontexten. Jag räknar dock med att såväl arenor som aktiviteter synliggörs i berättelserna även om fokus är på nätverksaktörerna.

Jag har inte funnit någon tidigare forskning i socialt arbete om socialt stöd och återhämtning för personer med psykiska funktionshinder som använder både teorier kring socialt stöd och återhämtning i sin analys vilket jag avser göra.

Genom det, samt att studien betonar både individens resurser och svårigheter, hindrande och främjande faktorer och lyfter fram olika nätverksrelationer, kan förhoppningsvis föreliggande studie komplettera tidigare forskning och minska den kunskapslucka som finns. Målsättningen är att kunskapen kan användas för att skapa förbättrade livsvillkor för personer med psykiska funktionshinder genom att vi får kunskap om det sociala stödets betydelse för deras återhämtning. Socialt arbete, både som ämne och som verksamhet, har stort fokus på människor i utsatta livssituationer, vilket personer med psykiska funktionshinder i många avseenden kan sägas leva i. Något jag menar bidrar till att stärka relevansen för föreliggande studie då den erhållna kunskapen skulle kunna användas för att utveckla stöd som verkar stödjande och som främjar individernas återhämtning.

1.6. Studiens teoretiska perspektiv

I de två följande kapitlen av avhandlingen presenteras de teoretiska perspektiven, socialt stöd och återhämtning. Varje kapitel avslutas med en sammanfattande diskussion där även föreliggande studies relevans diskuteras i förhållande till befintlig kunskap inom respektive forskningsområde. Socialt stöd var en av studiens centrala utgångspunkter och har i någon mån funnits med under hela forskningsprocessen. Då det gäller återhämtning som teoretiskt perspektiv så uppmärksammades det i analysarbetet av empirin. Det som av informanterna och av mig hade benämnts ”komma vidare i livet” och ”få sin vardag att fungera” kunde jag då se och förstå som led i en återhämtningsprocess. Det var då naturligt att lyfta in teorier kring återhämtning för att analysera mitt empiriska material. Socialt stöd ser jag som en betydelsefull del av återhämtningsprocessen. Båda perspektiven lyfter fram relationer och interaktioner som betydelsefulla aspekter. Samspelet mellan individ och omgivning får konsekvenser för hur det sociala stödet kommer att uppfattas vilket i sin tur påverkar återhämtningsprocessen i någon riktning. Genom att koppla samman dessa teoretiska perspektiv i en analys av empirin kan perspektivet vidgas och möjligheten till ny kunskap om målgruppens stödbehov och återhämtning skapas. Med kunskapsområdets koppling till praxisfältet har jag en förhoppning om att den kunskap föreliggande studie ger också kan få återverkningar i det praktiska arbetet med gruppen.

SOCIALT STÖD (SOCIAL SUPPORT)

Inledning

Socialt stöd⁵ (social support) är ett av de två teoretiska perspektiv som används i denna avhandling. En stor del av den sociala stödforskningen berör individer eller grupper som lever i utsatta livssituationer till följd av fysisk eller psykisk ohälsa (Espvall, 2001). I föreliggande studie studeras personer med psykiska funktionshinder. De kan betraktas som en särskilt utsatt grupp då de jämfört med andra funktionshindrade i Sverige har sämre livsvillkor (SOS, 1999:1; SOU, 2006). Därmed inte sagt att socialt stöd enbart är till för eller förekommer i relationer där någon av parterna lever i en svårt utsatt situation. Socialt stöd, som det nedan visar sig, är någonting som är allmänt förekommande i människors relationer och vardagsliv och som kan accentueras i krissituationer. En av de tidigaste definitionerna av socialt stöd är hämtad från Moss (1973, s. 237):

”Social support is the subjective feeling of belonging, of being accepted, of being loved, of being needed, all for oneself and not for what one can do.”

I någon mån sammanfattar definitionen föreliggande kapitelns innehåll, men också min tanke om vad socialt stöd är. För mig är socialt stöd långt mer än en insats eller en stödform. Det är kommunikation och interaktion mellan människor, kombinerat med kvalitativa relationella aspekter, vars målsättning är delaktighet och en känsla av att vara betydelsefull och värderad som den människa man är. Utifrån det, och studiens syfte om att få ökad förståelse för det sociala stödets betydelse för återhämtning, har jag gjort mitt urval och min struktur för föreliggande kapitel. Kapitlet syftar även till att ge en översikt över den forskning som finns inom området, för att därigenom tydliggöra vad föreliggande studie skulle kunna bidra med i sammanhanget.

Stödprocessen består av tre aspekter; relationer, resurser som utbyts och en upplevelse hos mottagaren (Burlison m.fl. 1994; Vaux, 1988). I de avsnitt som följer kommer dessa aspekter att diskuteras för att om möjligt tydliggöra hur komplex stödprocessen faktiskt är. Tanken är att komplexiteten i processen ska framgå när kapitlet läses i sin helhet. Det är det kommunikativa perspektivet på

⁵ Jag använder genomgående det svenska begreppet socialt stöd.

socialt stöd som betonas. Stödprocessen, dess aktörer, interaktionen dem emellan och det upplevda stödets förutsättningar diskuteras. De relationella kvaliteterna har stor betydelse för i vilken mån det sociala stödet kommer att uppfattas som stödjande och får av det skälet stort utrymme i kapitlet. Allt stöd är inte stödjande oavsett dess intention, vilket belyses i det näst sista avsnittet. Kapitlet avslutas med sammanfattande reflektioner där den samlade kunskapen om socialt stöd diskuteras i förhållande till föreliggande studies syfte.

2.1. Perspektiv på socialt stöd

Forskningsfältet socialt stöd är omfattande. 1970-talets stödforskning visade på vilken betydelse socialt stöd har för människors hälsa, välbefinnande och möjligheter att hantera livskriser och förändringar i livet samt emotionella och praktiska problem i vardagen (Caplan, 1974; Cassel, 1976; Cobb, 1976). Fram till mitten av 1990-talet hade stödforskningen främst fokus på kopplingen mellan socialt stöd och människors hälsa och välfärd. Det var betydligt färre studier som undersökte vad som faktiskt skedde mellan människor när de tillsammans strävade efter att hantera olika livsproblem (Cutrona, 1996). Teorierna utvecklades och socialt stöd som interaktionell och kommunikativ process mellan människor inkluderades i forskningen (Burleson m.fl. 1994). Skälet till denna utveckling var att det fanns en önskan hos forskarna om att förstå kopplingen mellan socialt stöd och välmående, vilket man tänkte sig kunna uppnå genom att undersöka den stödjande kommunikationen (Burleson & MacGeorge, 2002, s. 374 i Burleson, 2009).

Det finns många definitioner av socialt stöd. Det som förenar dem är deras koppling till individens hälsa och välmående samt hur socialt stöd, via relationer, bidrar till att människor kan hantera de kriser och svårigheter hon/han möter i livet (Vangelisti, 2009). Socialt stöd ska dock inte enbart kopplas till kriser och akuta situationer, utan till vardagslivet som helhet (Leatham & Duck, 1990; Vaux, 1988). Socialt stöd borde ses i perspektivet av det vardagliga ömsesidiga beroendet mellan givare och mottagare (Badr m.fl. 2001) eftersom det är i dagliga beteenden, i det normala vardagslivet, man skapar grunden för att hantera kriser när de uppkommer (Malinowski, 1929 enligt Barnes & Duck, 1994). Socialt stöd har inte bara en reparativ funktion utan också en förebyggande. Det sociala stödet kan ses som en buffert som skyddar från att stress och kriser ska uppkomma (Vangelisti, 2009; Vaux, 1988). Vanligtvis fokuserar man på att stöd är det som ska ges i stressande situationer, men det är

även betydelsefullt att få stöd i positiva och glädjande situationer. Det är stödande att dela positiva erfarenheter med andra och även att känna intresse, uppmuntran, bekräftelse, inspiration och omtanke från dem (Rook, 1989).

Socialt stöd kan studeras utifrån ett nätverksperspektiv. Faktorer som undersöks kan vara storlek, täthet, multiplexitet och kopplingar mellan medlemmar i nätverket (Hirsch, 1980). För att få kunskap om det sociala stödets tillgänglighet räcker det dock inte att enbart fokusera på strukturella faktorer, utan kvaliteter och innebörder i relationen måste också tas i beaktande (Rook, 1984). Om vi vet mer om innebörden i relationerna och hur individen tolkar nätet av de relationer hon/han ingår i, kan vi dra slutsatser om vilka relationer som har potentialen att ge ett meningsfullt stöd. Eftersom alla sociala band inte är av godo måste även dysfunktionella aspekter av det sociala stödet studeras (Miller & Berlin Ray, 1994). Socialt stöd kan också studeras utifrån ett perspektiv med fokus på upplevd tillgång till stöd. Då studeras vilken typ och omfattning av stöd som har mottagits (received), men också vilket stöd individen tror finns tillgängligt (perceived). Det som betonas är individens subjektiva uppfattning om vilket stöd som finns tillgängligt och om hon/han är nöjd med detta stöd eller inte (Sarason, Pierce & Sarason, 1990 enligt Burleson m.fl. 1994). Med detta perspektiv uppmärksammas dock inte vilka beteenden och budskap som ledde fram till individens uppfattning (Miller & Berlin Ray, 1994).

Det perspektiv på socialt stöd som vunnit mark sedan 1990-talet är det kommunikativa perspektivet (Goldsmith, 2004; Vangelisti, 2009). Socialt stöd ses som kommunikation mellan människor och den sociala interaktionen är central. Det är mellan individer problem diskuteras och stöd kommuniceras. Socialt stöd är handlingar och/eller budskap som överbringas från en person till en annan via interaktion dem emellan. Socialt stöd består därmed av tre delar; *handling/budskap*, *interaktion* och *relation*. I interaktionen skapas och tolkas dessa stödande handlingar och budskap. Relationen mellan parterna skapas av den stödande interaktionen och kontextualiserar densamma. Det är därför som såväl budskap som interaktion och relation ska studeras (Burleson m.fl. 1994).

Utifrån syftet med föreliggande studie är det kommunikativa perspektivet attraktivt då det fokuserar på interaktion och kommunikation i process mellan människor, där hänsyn tas till individens subjektiva tolkning av relationen och det som utbyts. Både stödprocessen och relationen påverkas av det som försiggår i just den specifika stödsituationen, men också i relationen som helhet. Stödande kommunikation kan bidra till hur väl människor; återhämtar sig från

sjukdom, hanterar förluster och förändringar, tar itu med vardagliga besvär samt till hur de allmänt mår/känner för sig själva och sin livskvalitet (Burleson m.fl. 1994). På det sättet tydliggörs socialt stöd som en process mellan individ och nätverk, där det sociala nätverket kan ses som stödandets aktörer.

2.2. Nätverket och stödandets aktörer

Stödsystemet, de stödande aktörerna, finns i individens sociala nätverk. Därmed inte sagt att alla relationer i ett nätverk är stödande. I nätverket finns relationella förväntningar som påverkas av kulturella system. Normer och attityder förser individen med en uppfattning om hur en relation ska vara, vilka relationella och beteendemässiga regler som gäller, vad det är som gör en relation bra eller dålig, vad som är att betrakta som stödande och inte samt vem man stödjer och hur (Badr m.fl. 2001). Hur man tänker kring det sociala stödet är inte enbart relaterat till just en specifik stödperson utan är även till den allmänna uppfattningen om hur en bra mamma, fru, vän eller professionell ska vara. Det vill säga det finns en rollförväntan inbyggd i stödprocessen. Om de presumtiva stödpersonerna inte lever upp till det förväntade kan det leda till otillfredsställelse och orsaka relationsproblem (Cutrona, 1989).

Det finns tre typer av potentiella stödjare; personer som ingår i det privata nätverket, personer som i sitt yrke möter drabbade samt personer som varit med om samma sak. Det privata nätverket kan i sin tur delas in i två grupper av relationer; naturliga band till följd av släktskap och förvärvade band som uppkommer i social interaktion (Rönmark, 1999).

Det sociala stöd som primärgruppen (släkt och familj) bistår med, anses vara det viktigaste (Cassel, 1976). När det gäller familjen finns det starka moraliska, men också lagstadgade skyldigheter att bistå sina familjemedlemmar (Rönmark, 1999). I kritiska situationer finns en förväntan om att föräldrar ska ställa upp för sina barn även om de är vuxna (La Gaipa, 1990). Partnerrelationen utgör i allmänhet en betydelsefull källa till stöd. I den mån individen lever i ett förhållande är det oftast till partnern som denne vänder sig i krissituationer (Cutrona, 1996). Familjen kan bistå med ett stöd som Rönmark (1999) benämner "shared trauma". Det vill säga den erfarenhet man delar kan ge en känsla av gemenskap och förståelse. Familjen kan dock ibland blockera de nödvändiga förändringar som en anpassning till den nya situationen kräver (Gottlieb & Wagner, 1991 enligt Hedin, 1994). Släkt och familj kan tillföra värdefulla resurser i form av emotionellt och materiellt stöd i stressfyllda

situationer. Men själva existensen av det stödsystem familjen utgör innebär inte med automatik att relationerna däri är stödjande (Wellman, 1981). Familjerelationerna är ofta komplexa och kan vara både stressande och stödjande. Rollförväntningarna på familjen som stödgivare är stora och när familjen misslyckas att möta dessa förväntningar kan det få sådana effekter att relationen måste brytas. Dessa starka band är de svåraste för en individ att bryta, där måste hon/han väga värdet mot den eventuella skada relationen kan leda till (Vaux, 1988).

Vänner har inte samma starka moraliska skyldighet att ingripa som medlemmar i familjen har (Rönmark, 1999). Det finns dock en förväntan om att riktiga vänner finns där för varandra. Den ömsesidiga skyldigheten att hjälpa varandra är ett tecken på ”sann vänskap” och brustna förväntningar kan vara ett motiv till att vänskapsband avvecklas (Duck, 1991). Relationen till de personer som betraktas som vänner är ofta nära och ömsesidig. Vänner som känt varandra länge och har en viss kontinuitet i sitt umgänge kan förstå varandra på ett särskilt sätt som är betydelsefullt i stödprocessen. Vänskapsrelationerna är i allmänhet mångfasetterade (d.v.s. har flera funktioner) och man förser varandra med olika former av stöd i vardagen. Det är ofta till vännerna individen vänder sig för att diskutera personliga känslor och problem. Ett skäl till det kan vara att de inte är lika känslomässigt involverade i den problematiska situationen som de närstående och därför kan hålla en viss distans (Skårner, 2001). Vänner kan vara den nätverksgrupp som är utåtriktande och öppnar upp för nya perspektiv och alternativ (Vaux, 1988). När någonting inträffar i en persons liv provas vänskapen. De som finns kvar betraktas som de verkliga vännerna. Kontakten upphör med dem som inte kan svara upp mot de behov individen har för att kunna hantera sin situation. I den mån krisen hamnar i centrum för all uppmärksamhet i livet kan kontakten mellan vänner upphöra. Det kan också vara svårt för vänner att bära den smärta, den sorg och de svårigheter individen möter utan att kunna ge det stöd man skulle önska och som den andre behöver. Av det skälet kan vänner försvinna ur relationen (Rönmark, 1999).

De som i sitt yrke möter personer i utsatta situationer har ett samhälleligt ansvar som stödgivare. Det samhälleliga ansvaret bidrar till de krav och förväntningar som omgivningen har på att få sitt stödbehov tillgodosett av de professionella. Dessa välfärdsstatens aktörer har förutom sitt ansvar också kunskap och erfarenhet av att arbeta med personer med liknande problematik, vilket förstärker känslan av trygghet i stödrelationen (Rönmark, 1999). Det professionella kan bidra med är information och kunskap om vilka val och alternativ som finns och diskutera eventuella konsekvenser av olika val. De kan

hjälpa individen att få nya perspektiv på sin situation och hitta nya sätt att hantera den på (Skårner, 2001). De kan också hjälpa individen att strukturera upp tillvaron. Utgångspunkten ska vara att stärka individens egen förmåga och tilltro till sig själv och stödet bör utformas tillsammans med individen. Samtidigt finns det lagmässiga och organisatoriska ramar som begränsar vad professionella har möjlighet att göra. Dessa begränsningar är viktiga att klargöra inledningsvis i stödrelationen, för att därigenom balansera upp individens krav och förväntningar om vad som de facto är möjligt (Rönmark, 1999).

Personer med liknande erfarenheter kan vara ett värdefullt stöd. Med egen erfarenhet kan stödgivaren förmedla hopp till den som nyss drabbats. Stödgivaren kan ses som ett ”bevis” på att det går att ta sig igenom situationen. Hopp om en framtid kan ge individen motivation att ta itu med sina svårigheter. Likhet mellan parterna kan också ses som en grund för identifikation och förståelse. Det skapar tillit och förtrolighet och ger en känsla av samhörighet där individen slipper känna sig ensam om sin problematik (Rönmark, 1999). Det som kan tala till dessa stödgiwares nackdel, är att likheten dem emellan kan verka hämmande för individen i den mån hon/han vill ha nya perspektiv på sin situation och komma vidare till andra nätverk (Schön, 2009; Skårner, 2001).

Strukturella aspekter såsom nätverkets storlek och täthet kan få betydelse för det sociala stödet. Om individen har ett stort nätverk att vända sig till ökar sannolikheten att få stöd. Ett nätverk med stor täthet kan ge en positiv identitet och känsla av tillhörighet. Det kan också mobiliseras snabbare vid krissituationer. Med stor täthet finns dock risken för att individen ska få för mycket och fel sorts stöd och därmed fastna i ett beroende. Täta nätverk är heller inte så utåtorienterade till sin karaktär (Wilcox, 1981 enligt Hedin, 1994). Nätverk med låg täthet är mer utåtriktade och främjar rollförändring. De kan också hjälpa individen att hantera stress och öka den personliga kontrollen (Hirsch, 1980). Risken med nätverk med låg täthet är att informationen om att individen behöver hjälp inte når ut, vilket blir speciellt märkbart för individer som inte gärna aktivt ber om hjälp (Skårner, 2001). Visserligen påverkar strukturella faktorer det sociala stödet, men stödprocessen är mer komplex än så. Exempelvis måste kvalitativa aspekter tas i beaktande, vilket diskuteras i ett eget avsnitt senare i detta kapitel. Innan dess ska stödformer och stödprocessen diskuteras.

2.3. Stödformer

För att särskilja de resurser som utbyts mellan parterna i den stödjande relationen kan man kategorisera det sociala stödet utifrån olika stödformer. Det kan tydliggöra individens stödbehov, vilken typ av stöd som förmedlas och vad det kan bidra till. Det finns dock en risk med att kategorisera stödhandlingar i olika stödformer. Det kan uppfattas som om formerna, insatserna i sig, är stödjande. Stödprocessen är mer komplex än så. Det räcker inte med att fokusera på *vad* som ges utan det måste kopplas samman med *hur* det förmedlas och uppfattas. Det vill säga de relationella kvaliteterna och individens subjektiva upplevelse måste tas i beaktande. Med det i bakhuvudet kan detta avsnitt ändå bringa ljus över hur olika stödformer kan kategoriseras. Det finns en omfattande forskning där det sociala stödet har kategoriserats. Syftet med detta avsnitt är inte att ge en heltäckande bild av olika sätt att kategorisera socialt stöd, utan mer ge ett smakprov på vilka dessa stödformer kan vara.

Det finns många likheter mellan olika forskares sätt att kategorisera det sociala stödet och flera av dem överlappar varandra. Oavsett stödform så är syftet att underlätta för individen att hantera sin situation. Socialt stöd kan delas in i exempelvis; materiellt, emotionellt, instrumentellt, kognitivt och praktiskt stöd, bara för att nämna några (Badr m.fl. 2001; Hedin, 1994; Sarafino, 1994; Vaux, 1988). Det kan handla om rådgivande och vägledande stöd (Vaux, 1988; Hedin, 1994). Eller om att på olika sätt bekräfta individen i dennes sätt att uppfatta situationen och hur hon/han väljer att hantera den (Hedin, 1994). Uppskattning (esteem support) innebär att uppmuntra eller instämna i en persons idéer eller känslor. Sådant stöd medverkar till att stärka individens självkänsla, kunskap och värde (Cobb, 1976). Uppskattning är särskilt viktig i situationer när en person ska bedöma om hennes/hans resurser räcker till eller inte, för att klara av den uppkomna situationen (Sarafino, 1994). Emotionellt stöd där individen visas uppskattning, tillgivenhet, tillit och omtanke är av stor betydelse för individen (Hedin, 1994). Det förser denne med känslor av välbefinnande, tillförsikt, tillhörighet och av att vara älskad även i en stressituation (Sarafino, 1994). Nätverksstöd har fokus på individens möjlighet till deltagande i nätverkets gemenskap, aktiviteter, umgänge och samvaro (Hedin, 1994; Vaux, 1988). Nätverksstödet kan kopplas till en stödform som jag finner särskilt intressant att lyfta fram, nämligen vardagliga samtal och vardagligt umgänge.

Barnes & Duck (1994) lyfter fram fem funktioner i vardagssamtalet som verkar stödjande; information, uppmärksamhet, ventilering/diskussion,

distraherande/distanserande och bevarande. Via vardagliga samspel där människor träffas, pratar och gör saker tillsammans får individen *information* och kännedom om den presumtive stödjaren. På så sätt bildar sig individen en uppfattning om hur troligt det är att den andre kommer att svara på behov av hjälp och vilken förmåga denne faktiskt har att erbjuda det man behöver (Leatham & Duck, 1990). En annan fördel är att svårigheter och hinder kan *uppmärksammas* innan de hinner bli stora och omfattande, och ibland till och med innan de behöver uttalas (Badr m.fl. 2001). På det sättet kan vardagssamtalet förse individen med möjligheter att förhindra känslomässiga effekter av stress genom att man *diskuterar* och *ventilerar* känslor, frustrationer och besvikelser (Barbee, 1990). Denna typ av samtal benämner Goldsmith (2004) trouble-talk. Just det att ha en förtrogen kan ha positiva effekter eftersom det främjar individens välmående. Genom uppmuntran från den andre eller bara genom sin närvaro som lyssnare kan problemet förhindras att utvecklas (Barbee, 1990).

Samtal och samvaro som inte är relaterade till problem kan förhindra och/eller lindra stress genom att de kan *avleda* tankarna från de egna svårigheterna. Det ger ett andrum från den situation individen lever i. Att tillbringa tid tillsammans, att göra gemensamma aktiviteter, hjälper individen att tänka sig bort från sin föreställda eller reella otillräcklighet/svaghet (Rook, 1990). Gemensamma aktiviteter reducerar de negativa effekterna av stressande situationer mer än öppna former av socialt stöd (Rook, 1987 enligt Barnes & Duck, 1994). Detta i och med att ett erbjudande om socialt stöd för ett specifikt problem kan orsaka att individen fokuserar mer på problemen än vad som är nödvändigt. På så sätt kan problem och svårigheter förstärkas och kanske till och med befästas. Den femte och avslutande stödfunktionen i vardagssamtalet rör *bevarandet* av relationen. Vardagssamtalen kan ses som det smörjmedel som håller relationen igång. Man behöver inte börja om på nytt varje gång, den gemensamma historien man har ger kontinuitet och sammanhang i livet (Honeycutt, 1993 enligt Barnes & Duck, 1994). Även det som till synes verkar trivialt kan, när det delas, sparas i minnet och aktiveras och processas när det behövs (Ross & Holmberg, 1992 enligt Barnes & Duck, 1994). Det senare kan kopplas samman med det Miller & Berlin Ray (1994) kallar minnesvärda stödbudskap. Det är sådana budskap individen fått med sig genom livet och som hon/han minns och som också förstärker känslan av att det finns personer i omgivningen att räkna med (Knapp, Stohl & Reardon, 1981). Individen kan återkalla dessa budskap när behov uppstår. På det sättet kan ”gamla” stödbudskap både ge informations- och känslomässigt stöd samt en försäkran

om att det finns människor att vända sig till när det behövs (Miller & Berlin Ray, 1994).

Sammanfattningsvis ger de vardagliga samtalen en bredd som är betydelsefull för att få en helhetsuppfattning om stödandet (Goldsmith, 2004). Vardagliga samtal skapar och konstruerar relationer och är således viktiga för relationen i allmänhet, men också för det sociala stödet (Badr m.fl. 2001). Att samtala om; vardagliga erfarenheter, andra människor, hur man har det nu, samt framtida planer och minnen, kommunicerar varje persons värde för den andre utan att man uttryckligen talar om den andres välfärd eller om att stödja i svåra situationer (Barnes & Duck, 1994). Stödprocessen kan sägas ha sin grund i det vardagliga sammanhanget parterna är en del av. Det är i vardagslivet, i dagliga beteenden och vardagsmöten grunden för socialt stöd skapas (Badr m.fl. 2001).

2.4. Stödprocessen

Förenklat kan man säga att socialt stöd som process innehåller stödsökande, stödtillhandahållande och stödmottagande (Badr m.fl. 2001). Processen kan beskrivas utifrån två aktörer vilka har tre olika positioner; stödgivare och stödmottagare, där den senare också i vissa avseenden är stödsökare.

2.4.1. Stödgivare

Det första stödgivaren har att göra är att se och förstå att den andre behöver hjälp. Därefter ska problemet definieras och en bedömning göras av vilken form av stöd som kan vara lämpligt. I tillägg till det gör givaren en bedömning av om hon/han anser sig ha förmåga och motivation att förmedla detta stöd. En bedömning av mottagarens stödberättigande görs. Inget stöd utdelas utan att stödlegitimitet föreligger (Badr m.fl. 2001). En diagnos kan förstärka legitimiteten. Legitimitet av stödbehov kräver en balansgång. Det gäller att individen inte uppträder vare sig ”för frisk” eller ”för sjuk”. Om individen uppfattas som ”frisk” reduceras stödlegitimiteten och om man misstänker att individen agerar mer stödbehövande än nödvändigt, riskerar hon bli misstrodd och av den anledningen minskas förståelsen och stödet (Espvall, 2001).

Innan beslut om ett stödgivande fattas görs en värdering av de personliga kostnader som ett stödgivande kan medföra. Man ger hellre stöd till personer man bryr sig om, uppskattar och som ger ett gott intryck än till personer man

känner sig neutral eller ambivalent inför (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). En relation där man ständigt får lyssna till hårda, plågsamma självavslöjanden, klagande, självömkan och/eller depressiva kommunikationer kan lätt hotas eftersom man inte orkar lyssna eller vara del av det hur länge som helst (Badr m.fl. 2001). Av det skälet kan stödgivaren tveka att ge det stöd individen behöver, särskilt om stödbehovet bedöms kunna bli långvarigt eller bestående (Larsson, 2006).

2.4.2. Stödsökande

Innan individen söker stöd definierar hon/han situationen och gör en bedömning av hur problemet kan hanteras. Individen avgör om hon/han ska försöka klara situationen själv eller be någon annan om hjälp. Stödsökandet är förenat med både ett psykologiskt och socialt risktagande (Rönmark, 1999). Stigma eller oro för att betecknas som onormal, annorlunda eller udda på något sätt kan förhindra att individen söker stöd (Skärner, 2001). Det kan upplevas hotande att söka stöd då det utmanar individens självkänsla (Albrecht & Adelman, 1987). Stödsökandet är förenat med risken att förlora ansiktet, sitt rykte och sin känsla av kompetens (Goldsmith, 1992). Som stödsökare tvingas man möta känslor av skuld, sårbarhet och otillräcklighet samt en förlust av autonomi, oberoende och kontroll (Goldsmith, 2004).

Andra skäl till att individen kan tveka inför eller helt undvika att söka stöd är risken att utsättas för olämpliga, ineffektiva eller till och med plågsamma stödförsök (La Gaipa, 1990). Viljan att söka stöd beror även på tidigare erfarenheter i relationen till den presumtiva stödpersonen. Man kan anse att andra har svårt att ge det man behöver och att de som finns i närheten är inkompetenta som stödgivare (Rönmark, 1999). Man ber heller inte om stöd om man tror sig bli avvisad, negativt bedömd, kritiserad eller mindre omtyckt (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). Om tidigare stödförsök lett till negativa konsekvenser (t.ex. skuldkänslor eller avvisande) finns det risk att stödgivaren inte ges förnyat förtroende. Vet man av erfarenhet att det finns en risk för att stödförfrågan ska leda till en konflikt, kan det få individen att undvika att söka stöd hos just den personen (Albrecht & Adelman, 1987). Även omtanke om den andre påverkar stödsökandet. Om den andre har fullt upp med egna svårigheter kan det leda till att individen håller sina svårigheter för sig själv för att skydda den andre (Badr m.fl. 2001).

2.4.3. Stödmottagande

Att ta emot stöd kan få kostsamma konsekvenser både för individen och på relationen som helhet (Albrecht & Adelman, 1987). Det kan upplevas genant och stigmatiserande att ta emot stöd (Brashers, Neidig & Goldsmith, 2004). Stödmottagaren kan känna sig förminskad/nedvärderad av att få hjälp och känna skuld eftersom hon/han tycker sig orsaka besvär för andra (Badr m.fl. 2001). Stödmottagandet kan lyfta fram en medvetenhet hos individen om dennes negativa omständigheter och skapa oro över att problemen är synliga för omvärlden (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000). Det kan därför vara lättare att ta emot stöd som inte är synligt för allmänheten (Vangelisti, 2009). Man vill helst inte ta emot stöd från personer man inte gillar eller litar på (Badr m.fl. 2001). Har man begränsade sociala möjligheter har man inget annat val än att använda de människor som finns tillgängliga, även om relationerna kan vara ambivalenta eller konfliktfyllda (Skårner, 2001). Även om individen får och tar emot stöd är det ingen garanti för att det kommer att upplevas stödjande. Det finns flera faktorer som påverkar upplevelsen av stöd.

2.5. Upplevt stöd och relationella kvaliteter

Det finns de som hävdar att socialt stöd inte är att betrakta som stöd om inte mottagaren uppfattar det så (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). Ett sådant synsätt betonar således den subjektiva bedömningen av stödet och ser den aspekten som en betydelsefull faktor i stödprocessen. Vi återknyter för ett ögonblick till Moss definition av vad socialt stöd är (1973, s. 237):

”Social support is the subjective feeling of belonging, of being accepted, of being loved, of being needed, all for oneself and not for what one can do.”

Här framträder det att socialt stöd inte bara handlar om stödinsatser som förmedlas. Individens subjektiva upplevelse står i fokus tillsammans med det sociala stödets målsättning. Dessa målsättningar (tillhörighet, acceptans m.m.) är inget en individ ensam kan uppnå, utan det förutsätter relation och interaktion med andra människor. Utifrån det kan vi förstå det sociala stödets förutsättningar. I vilken mån en stödhandling ska komma att uppfattas som stödjande eller inte påverkas av tre aspekter; det givna stödets ändamålsenlighet, tidigare erfarenheter av stödrelationer samt kvaliteten i relationen mellan parterna.

2.5.1. Stödets ändamålsenlighet

Allt socialt stöd uppfattas inte som gott stöd och det är inte alltid mängden av stöd som är avgörande (Dakof & Taylor, 1990). För att vara ändamålsenligt måste stödet upplevas relevant och svara mot ett behov eller en brist av något slag. Det ska vara rätt i förhållande till kontext, typ av stress eller problematik. Det vill säga en matchning till problemet, av Cutrona benämnd ”optimal matching model” (Cutrona, Suhr & MacFarlane, 1990). Det förutsätter en medvetenhet och känslighet inför mottagarens behov. Det stödgivaren betraktar som stöd kan av mottagaren uppfattas som manipulativt, okänsligt eller att man lägger sig i (Lehman, Ellard & Wortman, 1986). Ändamålsenligt stöd handlar också om tajming. Stöd som kommer för snabbt kan hindra individen från att utveckla personliga copingförmågor och stöd som kommer för sent kan leda till att individen upplever misslyckanden (Badr m.fl. 2001) eller avvisar stödet. Olämpligt, dåligt tajmat eller överbeskyddande stöd verkar stressande och kan skapa ett beroende som fördröjer återhämtningen (Goldsmith, 2004). Det kan även bidra till en re-traumatisering i den mån individen upplever stödet som kränkande eller arrogant (Rönmark, 1999).

2.5.2. Erfarenhet av stödrelationer

Upplevelsen av stöd kan kopplas till en individs historia av sociala erfarenheter (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). Det vill säga, hur den stödjande handlingen kommer att tolkas och uppfattas beror både på tidigare erfarenheter kopplade till stödgivaren och till andra människor (Badr m.fl. 2001). Tolkningsprocessen påverkas också av parternas uppfattning om sig själva och signifikanta andra, men även av relationella förväntningar (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). Konflikter kan minska graden av upplevt stöd oavsett vad som de facto ges och kan ge negativa effekter både på den fysiska och psykiska hälsan (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). Även om själva handlingen är positiv påverkas tolkningen i negativt hänseende om det i relationen finns en historia av manipulation, konflikter, svek eller liknande. Stödprocessen hindras när individen i sin utsatta situation möts av verbala aggressioner, oönskad kritik, avvisande, icke-bekräftelse, försummelse eller avsaknad av omtänksamhet (Vangelisti, 2009). När stödgivaren blandar sig i saker hon/han inte har med att göra eller uttrycker negativa värderingar om stödmottagarens karaktär eller beteende minskar möjligheten för att det givna stödet ska komma till sin rätt (Ruehlman & Wolchik, 1988). Över tid kan negativa interaktioner ha en mer

djupgående effekt på tolkningar och värderingar av stödbeteenden än de som är positiva (Vangelisti, 2009).

För att öka möjligheten för att stödet ska uppfattas stödjande behöver stödgivaren förmedla till individen att hon/han är värderad som människa (Barnes & Duck, 1994). Det mest viktiga i stödprocessen är att omgivningen kan förmedla känslor av omtanke, hänsyn och respekt (Cassel, 1974) och att stödmottagaren ses som speciell och viktig (Goldsmith, 2004). Det för oss över till den tredje aspekten av vad som påverkar upplevelsen av stöd, nämligen relationella kvaliteter.

2.5.3. Relationella kvaliteter

Kvaliteten i relationen påverkar stödprocessen. Samtidigt som handlingarna kan bli stödjande genom att de förmedlas inom en relation med goda kvaliteter, utvecklas också relationen mellan parterna. Resultatet av stödjande relationer är ofta känslor av värme, tacksamhet och tillgivenhet. Dessa känslor blir en kraft som driver utveckling av relationen (Goldsmith & Parks, 1990). I följande stycke diskuteras tre relationella kvaliteter; tillit, acceptans och ömsesidighet⁶. Dessa tre framträder som betydelsefulla förutsättningar för att socialt stöd ska uppfattas som stödjande. De kan också ses som ett stöd i sig, då de signalerar ett förhållningssätt omgivningen kan anta i en stödrelation. Störst utrymme i detta avsnitt får aspekten ömsesidighet. Skälet till det är att det tydliggör den utsatthet individen befinner sig i, i och med sitt stödbehov, men också den styrka en ömsesidig relation kan tillföra individen.

En stödrelation byggd på *tillit* sägs i vissa avseenden vara det stöd man värderar högst. Det innefattar en förtrolig relation där individen vågar anförtro sig och känner att den andre visar förståelse, sympati och uppmuntran (Skårner, 2001). Tillit utvecklas genom upprepade relationella erfarenheter av att givaren uppvisat känslighet för den andres behov (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). Det som är mest kraftfullt för att tillit ska kunna utvecklas i en relation är när det stöd som ges är förenat med en ”kostnad” för stödgivaren (Cutrona, 1996).

Känslan av att vara *accepterad* bidrar till upplevelsen av socialt stöd, oavsett vad omgivningen de facto erbjuder. I en studie av Sarason, Sarason & Pierce (1994) visade det sig att personer som upplevde en stark känsla av stöd också upplevde en stark känsla av acceptans. Personer med förmåga att förmedla en

⁶ Dessa relationella aspekter återkommer i kapitlet om återhämtning och i de empiriska kapitlen.

känsla av acceptans är ofta omtyckta just för att de ses som goda källor till emotionellt stöd. De kan lindra en persons känslomässiga nöd, de har en förmåga att förmedla tröst och lugn, men kan även hantera dispyter och konflikter utan att hota den andres identitet. De kan få andra att känna sig tillfreds med sig själva, något som Samter (1994) benämner ego-support. Känslan av acceptans sägs antingen utvecklas via tidiga relationer (Sarason m.fl. 1990 enligt Miller & Berlin Ray, 1994) eller via speciella stödinteraktioner (Cutrona & Russel, 1990 enligt Miller & Berlin Ray, 1994).

Ömsesidighet (reciprocitet) har stor betydelse för relationer i allmänhet och stödrelationer i synnerhet. Människor söker relationer som är både givande och tagande. Gåvor och gengåvor är inte enbart en materiell fråga utan har en symbolisk funktion, eftersom de inbegriper ett starkt moraliskt krav på återgåldande (Malinowski, 1922 enligt Komter, 1996). När båda parter ger, knyts de till varandra genom ett nät av känslor och tacksamhet. Att få något från andra och att kunna ge andra någonting ger en känsla av att vara accepterad och värderad som människa och stärker därmed inte bara de sociala banden utan även identiteten (Komter, 1996; Mauss, 1972). Genom att kunna ge stöd till någon annan visar individen att hon/han duger och kan därmed känna sig betydelsefull, vilket stärker självkänslan (Uehara, 1995). Möjligheten att återgålda det stöd man får säkerställer balansen mellan beroende och oberoende (Espvall, 2001; Finch & Mason, 1993).

Överbetoning på givande eller tagande kan ge negativa effekter i form av utarmning, psykisk ohälsa, sänkt självkänsla och/eller ökat stödberoende (Skärner, 2001). I föreliggande studie är det personer med psykiska funktionshinder som studeras. Deras behov av stöd och insatser från andra är ofta stort, vilket medför ett beroende av andra. Som stödmottagare hamnar de lätt i en underordnad position via detta beroende. Det kan innebära att det egna inflytandet över livssituationen krymper och att stödgivaren genom sin position får kontroll över den andres liv (Finch & Mason, 1993). En relation i obalans försätter individen i moralisk skuld vilket är förenat med negativa känslor som man helst vill undvika (Uehara, 1995). Ett effektivt sätt att utöva makt är exempelvis att se till att en person hålls kvar i skuld till givaren genom att ge mer än vad individen kan eller förmår att återgålda (Schwartz, 1967 enligt Komter, 1996). Som utsatt har man i många avseenden försämrade möjligheter att ställa upp för andra. Med begränsade möjligheter till ömsesidigt utbyte minskar tillgången till socialt stöd (Espvall, 2001). En del relationer tål en viss obalans, men på sikt kan dessa urholkas eller hotas (Vaux, 1988).

Individen kan utveckla strategier för att försöka bibehålla balansen i relationen. Ett sätt är att alltid vara noga med att betala tillbaka det stöd man tar emot. Ett annat är att undvika att be om hjälp eller i alla fall inte ta emot mer än man kan ge tillbaka (Skårner, 2001). Det kan leda till att individen undviker relationer där ömsesidighet saknas eller inte kan uppnås. Det blir en social isolering som givetvis slår extra hårt för personer i utsatta situationer som i många fall redan har bristfälliga sociala relationer (Espvall, 2001). De personer som befinner sig i en social och/eller materiell situation som försvårar möjligheten till ömsesidigt utbyte är de personer som också kommer att få minst av andra. På så sätt kan ömsesidighetskraven exkludera de svaga och behövande (Komter, 1996). I mötet med personer i utsatta situationer är det betydelsefullt att tänka på hur viktigt, och samtidigt kravfyllt, det ömsesidiga utbytet är och inte degradera den andre genom att avvisa gåvor från denne, och inte heller försätta individen i större tacksamhetsskuld än nödvändigt.

2.6. Sammanfattande reflektioner

Jag har valt att särskilt fokusera på forskningen om socialt stöd utifrån ett kommunikationsperspektiv. Det handlar om resurser som utbyts i relationer och interaktioner människor emellan. Socialt stöd kan inte reduceras till enbart en resurs eller en stödhandling. Det räcker inte med goda intentioner eller insatsarsenaler för att ett stöd ska få avsedd effekt. Det förutsätter också matchning till det problem individen upplever sig ha. Slutligen spelar den subjektiva upplevelsen och de relationella kvaliteterna stor roll för i vilken mån stödhandlingen kommer att uppfattas som stödjande eller inte. Med den subjektiva upplevelsedimensionen tydliggörs individens värde och position som aktiv part i stödprocessen.

Den sociala stödforskningen är omfattande och tydlig med att socialt stöd kan främja människors fysiska och psykiska hälsa. Mycket av forskningen har fokus på människor i utsatta livssituationer av olika slag. Däremot är forskningen med fokus på just personer med psykiska funktionshinder, och hur socialt stöd kan överbrygga deras hinder, inte lika omfattande eller tydligt uttalad. På det sättet kan min forskning om det sociala stödets betydelse för återhämningsprocessen, vad gäller denna målgrupp, bidra. Socialt stöd används ofta i välfärdssammanhang som en insats till t.ex. personer med psykiska funktionshinder. Föreliggande forskning skulle kunna bidra med en problematisering kring denna stödform, vilket kan tydliggöra vad insatsen

innebär, hur den kan förmedlas och vilka förutsättningar som krävs för att stödet ska få en stödjande effekt för dessa människor.

ÅTERHÄMTNING (RECOVERY)

Inledning

Återhämtning är denna studies andra teoretiska perspektiv och tillkom under analysen av empirin. Det blev då tydligt att det sociala stödet skulle kunna ses som ett led i individens återhämtning. I intervjuerna slogs jag av den styrka individerna utstrålade trots svåra livssituationer. Det fanns en stark drivkraft att hitta sätt att hantera sin situation på och nå förändring i livet. Uttryck som att ”få sin vardag att fungera” och ”komma vidare i livet” valde jag att tolka som en strävan efter återhämtning. Ordet återhämtning⁷ (recovery) kan tolkas som om det handlar om att vända tillbaka till det som en gång varit. På danska använder man i stället ”att komma sig” för att tydliggöra att återhämtning från psykiska svårigheter handlar om att komma vidare i livet, där alla erfarenheter individen fått (även de som har med psykiska svårigheter att göra) inbegrips (Jensen, 2004). Att komma sig implicerar individen som en aktiv person med resurser och förmågor trots sin utsatthet, vilket är tilltalande med tanke på våra samhälleliga målsättningar om medborgarskap och delaktighet för personer med funktionshinder.

För att kunna undersöka det sociala stödets betydelse för återhämtningsprocessen behövde jag skaffa kunskap om vad återhämtning är, vad individen strävar efter att uppnå, vilka målsättningar som finns, vad individen själv kan bidra med samt hur andra kan påverka denna process. På så sätt har syftet med studien styrt innehållet i detta kapitel. Kapitlet syftar även till att ge en översikt över den forskning som finns inom området för att därigenom tydliggöra min studies position i sammanhanget.

Kapitlet inleds med en beskrivning av återhämtningsbegreppets utveckling och olika innebörder. Därefter kommer ett avsnitt om återhämtning sett som en process som syftar till utveckling och förändring. Det följs av ett avsnitt om individen som aktör och ett om individens utmaning i återhämtningen, d.v.s. återhämtningens målsättning. I det avsnittet tydliggörs hur omgivningen kan främja respektive hindra dessa målsättningar. Innan kapitlets sammanfattande

⁷ Jag använder genomgående den svenska översättningen av recovery, återhämtning även om jag ansluter mig till Jensens (2004) resonemang om att det i någon mån implicerar en återgång till det som varit.

reflektioner kommer ett avsnitt om de sociala relationernas betydelse för återhämtningen sett utifrån tre aspekter; erkännande av erfarenhetskunskap, makt och delaktighet samt att värderas som människa.

3.1. Perspektiv på återhämtning

Tanken på återhämtning från psykiska svårigheter har vuxit fram under de senaste trettio åren. Vad återhämtning är och vad det syftar till kan förstås utifrån fyra olika perspektiv; rehabiliterings-, empowerment-, medicinskt- samt det utvidgade återhämtningsperspektivet, även kallat "a life-context approach" eller brukarperspektivet. Det senare kan sägas sammanfoga de tre första och tros vara ett av skälen till varför uppmärksamheten kring återhämtning tog fart på 1990-talet. Även om de tre förstnämnda perspektiven till vissa delar kan vara i konflikt med varandra kan de tillsammans, i form av det utvidgade återhämtningsperspektivet, bidra till en ökad förståelse för återhämtning då inget av dem ensamt kan rymma den komplexitet som det innebär att återhämta sig (Jensen, 2004).

Rehabiliteringsperspektivet har funktionshinder som utgångspunkt. Målet är att kompensera och utveckla färdigheter. Detta perspektiv bygger på en praxisbaserad kunskap. När det gäller *empowermentperspektivet* är utgångspunkten istället trauma, stress och kris. Fokus är individens medborgarskap med dess samhälleliga rättigheter och skyldigheter. Perspektivet bygger på erfarenhetsbaserad kunskap, vilket innebär att individens erfarenheter ska inkluderas och erkännas (Jensen, 2004). Traditionellt sett har det *medicinska perspektivet* fått styra insatser för människor med svåra psykiska sjukdomar (Carpenter, 2002; Roe & Chopra, 2003). Det medicinska perspektivets fokus är sjukdom, diagnos, symtom och brister (Deegan, 1996; Rosenberg & Lindqvist, 2004). Målet är att minska symtom, bota sjukdom samt förhindra återfall och perspektivet bygger på evidensbaserad kunskap (Jensen, 2004). Återhämtning utifrån detta perspektiv kräver reducering eller frånvaro av symtom i sådan omfattning att dessa inte längre hindrar individen i dennes normala personliga och sociala aktiviteter eller yrkesliv. Fokus är en återgång till individens normala liv så som det var innan sjukdomen (Anthony, 1993). Det medicinska perspektivet har fått mycket kritik för att ensidigt betona symtomfrånvaro. Återhämtning är inte bara återhämtning från sjukdomen som sådan utan även från dess sociala konsekvenser (Carpenter, 2002; Karlsson, 2007). De sociala konsekvenser individen har att återhämta sig från är t.ex. stigma, lägre social

status, begränsningar vad gäller självbestämmande och valmöjligheter, negativa effekter av arbetslöshet, sämre ekonomi, kränkningar och övergrepp, krossade drömmar mm. (Anthony, 1993; Spaniol m.fl. 2002).

Utifrån kritiken av det medicinska perspektivet formades det *utvidgade återhämtningsperspektivet* ("a life-context approach"). Det är som sagt att betrakta som en sammanslutning av de tre tidigare beskrivna perspektiven. Perspektivet inbegriper att personer med psykiska svårigheter både vill och behöver mycket mer än bara symtomlättnad (Davidson & Strauss, 1995; Topor, 2001). Detta perspektiv sätter individen i ett sammanhang utifrån en bredare kunskap om dennes liv. Fokus vidgas från hinder och svårigheter till att även omfatta andra faktorer i individens omgivning och hur dessa samexisterar i individens vardag. Samtidigt inkluderas även individens resurser och möjligheter. Ett perspektiv där individen ses i sitt sammanhang med såväl hinder som möjligheter kan skapa förutsättningar för återhämtning (Rosenberg & Lindqvist, 2004; Topor, 2005).

3.2. Återhämtning som process

Återhämtning kan ses som en, för många, livslång process som sker i olika steg inom olika livsdomäner. Det är en utveckling av människors kapaciteter, där individen använder sina erfarenheter av svårigheterna och dess konsekvenser för att därigenom kunna leva ett meningsfullt liv även om hon/han har kvarstående begränsningar på vissa områden (Davidson m.fl. 2001; Roe & Chopra, 2003; Topor, 2001). Det är när vi ser människor med psykiska funktionshinder som i första hand människor i utveckling och förändring som vi verkligen kan förstå vad återhämtning innebär (Deegan, 1996). På det sättet kan man koppla återhämtningsprocessen till krisbearbetning. Återhämtning från psykisk sjukdom/funktionshinder kan ses som den mänskliga utvecklingsprocess man genomgår i samband med kriser. Livet återgår inte till vad det en gång varit utan är förändrat för evigt (Anthony, 1993; Roe & Chopra, 2003). Processen ger utveckling och förändring där individen kommer ut starkare och med nya perspektiv på sig själv och sitt liv. På det sättet bidrar de psykiska svårigheterna till personlig utveckling (Ridgway, 2001). Fokus blir då vilka erfarenheter man fått med sig (Davidson m.fl. 2005) och hur man ska hantera de hinder och svårigheter man möter (Jacobson & Greenley, 2001). Utifrån ett sådant perspektiv blir målet med återhämtning inte längre att normaliseras utan att

utvecklas som människa på ett djupare plan och återerövra makten över sitt liv (Leete, 1989; Deegan, 1996).

När återhämtning ses som en process där individen utvecklas som person genom att återta makten över sitt liv blir det naturligt att det bara är individen själv som kan bedöma i vilken mån hon/han är återhämtad eller inte. Andra personer i individens omgivning kan inte göra dessa bedömningar. De kan däremot skapa möjligheter och förutsättningar för återhämtning (Deegan, 1996). När återhämtning ses som en mänsklig utvecklingsprocess liknande den vid annan krisbearbetning menar jag att det kan medföra ett vardagliggörande av psykiska svårigheter. Återhämtning från psykiska svårigheter kan då ses som en av flera gemensamma erfarenheter vi människor möter genom livet, genom skilsmässor, närstående som avlider, sjukdomar, funktionshinder etc. (Anthony, 1993). På det sättet blir även psykiska svårigheter någonting vi alla kan drabbas av. En kris bland andra livskriser med samma möjlighet till återhämtning, utveckling och förändring. Fördelen med ett sådant synsätt är att det kan minska de stigmatiserande attityder som är förknippade med psykiska sjukdomar/funktionshinder i vårt samhälle.

3.3. Individen som aktör

I återhämtningsprocessen är det individen som är ansvarig för sin återhämtning och ska spela den centrala rollen (Velpry, 2008). Individen blir inte återhämtad, utan återhämtar sig. Med det menas att individen är en medveten aktör i processen och inte ett hjälplöst offer för sina svårigheter och hinder (Deegan, 1996). Återhämtning är vad människor med funktionshinder gör. Behandling, case-management och rehabilitering det är vad hjälpare gör för att underlätta återhämtning (Anthony, 1993). Att återhämta sig handlar om att återerövra kontrollen över sitt liv och detta görs av aktiva, handlande människor i en livsprocess. Av det skälet är det av stor betydelse att lyfta fram dessa människors aktiva roll och handlingskraft. De kan då framstå som de självständiga människor de vill vara med viljan och förmågan att arbeta för att bli bättre (Borg & Topor, 2008). Individen försöker finna olika vägar framåt i samspel med sin omgivning (både strukturella faktorer och andra människor). Dels skapas och förstärks svårigheterna och hindren av omgivande faktorer, dels krävs ett samarbete med omgivningen för att individens återhämtningsprocess ska underlättas. I detta samspel är det individen som ska vara det aktiva subjektet (Topor & Borg, 2008).

3.4. Individens utmaning

Det finns fyra faktorer som karaktäriserar återhämtningsprocessen vilka är att betrakta som individens uppgift och utmaning i sin återhämtning. Individen ska få kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter, erhålla erkännande och acceptans, återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap samt utveckla sin identitet och beseгра stigma. Dessa fyra faktorer kan sägas vara målsättningen med återhämtningen. Det är således detta individen strävar efter att uppnå. I processen är det individen som ska vara aktiv och spela huvudrollen och omgivningen kan på olika sätt främja eller hindra denna process.

3.4.1. Få kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter

För att vara återhämtad krävs inte total frånvaro av symtom, men det är av stor betydelse att kunna hantera sina svårigheter. En av målsättningarna med återhämtningen handlar således om att få kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter (Ridgway, 2001; Spaniol m.fl. 2002). Denna kontroll inbegriper att (åter)ta makten över sin situation och ta ett aktivt ansvar för sin utveckling och förändring (Jacobson & Greenley, 2001).

För att få kontroll över och kunna överbrygga hinder och svårigheter och komma vidare behöver individen känna att det finns möjlighet till förändring. På så sätt är kontroll tätt sammankopplat med hopp om och tilltro till förändring. Dessa två aspekter kan sägas ha ömsesidig inverkan på varandra. Känslan av hopp är grundläggande för en positiv återhämtningsprocess (Davidson m.fl. 2001; Deegan, 1996). Det bidrar till individens utvecklingsprocess och får denne att känna ökad kontroll och makt över sin situation. Samtidigt utvecklas en förmåga att bygga relationer till andra och känna ny mening med livet. Det kan leda till att individen kan etablera sig själv som samhällsmedborgare med någonting att ge (Spaniol m.fl. 2002). Det handlar inte om att bortse från de hinder och svårigheter som sjukdomen/funktionshindret medför, men att inte låsa fast sig vid dem, utan känna att det finns en mer positiv sida fylld av resurser och förmågor som kan bidra till förändring och utveckling (Roe & Chopra, 2003). Ett perspektiv med fokus på sjukdom, hinder och svårigheter kan leda till avhumanisering av individen. Om de psykiska svårigheterna ses som något kroniskt påverkar det individens återhämtningsprocess i negativ riktning,

då det minskar hoppet om att förändring är möjlig (Deegan, 1996; Roe & Chopra, 2003).

Med hopp om och tilltro till att förändring är möjlig kan individen utveckla strategier och hanteringssätt för att därigenom kunna överbrygga sina hinder och svårigheter, vilket också är ett sätt att få kontroll över sin situation (Davidson & Strauss, 1995; Jacobson & Curtis, 2000). Topor (2001) fann i sin studie olika strategier som individer använder sig av i sin återhämtningsprocess. En är att öka sin aktivitetsgrad för att lämna mindre utrymme för problem och svårigheter. Alternativt att minska den för att finna balans och göra så mycket man tycker sig klara av. En annan är att målmedvetet söka sig till eller från miljöer och människor. Allt beroende på om individen bedömer det/dem ha en positiv eller negativ inverkan. En tredje strategi är distansering via dialog. Det motverkar risken för att bli översköld av problemen. Det kan skapas genom dialog om problemen, antingen med sig själv eller med andra. Det kan också ske genom att individen skriver om sina erfarenheter och upplevelser.

När alla ansträngningar upplevs meningslösa, när ingenting man gör spelar någon roll eller gör situationen bättre, när ingen lyssnar eller när andra fattar beslut över huvudet, tappar individen kontrollen över situationen. Förlorad kontroll kan leda till en känsla av hopplöshet och förtvivlan (Deegan, 1996). Utan hopp finns risken för att individen utvecklar en negativ självbild och att återhämtningsprocessen avstannar (Hoffman, Kupper & Kunz, 2000). Andra kan främja återhämtningen och agera ställföreträdande hopp i de situationer individen inte tror på sig själv (Anthony, 1993; Spaniol m.fl. 2002). Samtal, där individen kan ventilera och bearbeta sina svårigheter, få en mer nyanserad förståelse för sin situation samt få råd och förslag kan leda till att individen bättre kan hantera sina symtom och svårigheter och även till viss del undvika problemskapande situationer (Breier & Strauss, 1984).

3.4.2. Erhålla erkännande och acceptans

Erkännande och acceptans av sjukdomen/funktionshindret ses av många som en betydelsefull faktor i återhämtningen (Davidson & Strauss, 1995). Vissa menar till och med att det är första steget i återhämtningen och måste avklaras innan individen kan gå vidare (Young & Ensing, 1999). För att individen ska kunna nå olika mål i livet trots sitt funktionshinder måste hon/han kunna uppmärksamma även sina resurser och möjligheter. Det är möjligt först när individen integrerat och accepterat sin sjukdom/funktionshinder (Ridgway, 2001; Young & Ensing,

1999). Det handlar inte om att ensidigt fokusera på hinder och svårigheter, då det kan leda till att individen fastnar i dessa och att de förvärras eller befästs. Det handlar snarare om att integrera såväl begränsningar som styrkor i självbilden. På så sätt kan individen se sig som en person med såväl historia som framtid och inte fastna i nuets svårigheter (Davidson & Strauss, 1995). När både begränsningar och styrkor integreras i individens självbild kan de psykiska svårigheterna ses som en aspekt av en multidimensionell identitet snarare än att rollen som psykiskt sjuk framträder som den primära sociala rollen (Ridgway, 2001).

Acceptans från andra spelar stor roll för individens möjlighet att acceptera sig själv (Breier & Strauss, 1984). När andra (och individen själv) accepterar individen såsom hon/han är med både möjligheter och begränsningar öppnar det upp för förändring. Det är betydelsefullt att omgivningen accepterar individens psykiska svårigheter, men utan att ensidigt definiera individen som psykiskt sjuk/funktionshindrad. Vardagligt umgänge med andra där de bistår med konkret och praktisk hjälp kan tolkas av individen som att den andre accepterar denne såsom hon/han är (Topor, 2001). Social bekräftelse och integration kan stärka individens förhoppning om att kunna återintegreras i samhället och tillhöra ett normalt socialt sammanhang (Breier & Strauss, 1984).

3.4.3. Återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap

Flera forskare menar att en av de viktigaste faktorerna i återhämtningen är att återfå meningsfulla roller i samhället (Rosenberg & Lindqvist, 2004; Spaniol m.fl. 2002). Det handlar om att vara inkluderad i samhället och uppleva en gemenskap i det sociala livet (Borg 2008). Det är när individen deltar i meningsfulla aktiviteter och känner att hon/han tillför någonting värdefullt till samhället som normala, funktionella och sociala roller kan antas och utökas (Jacobson & Greenley, 2001; Ridgway, 2001). När individen kan se sig som någon som kan bidra till och ta ansvar i samhället, är detta ett led i ett återtagande av medborgarrollen (Karlsson, 2007). Ur en känsla av egenmakt och kontroll över livet kan människor i återhämtning börja kräva samma rättigheter som andra i samhället, men också ta samma ansvar som andra medborgare och på det sättet delta som samhällsmedborgare (Jacobson & Greenley, 2001; Ridgway, 2001). Det förutsätter att individen inte enbart inkluderas utifrån rollen som avvikare, psykiskt sjuk eller brukare (Karlsson, 2007; Rosenberg & Lindqvist, 2004). Avgörande är att de blir insläppta i samhället som jämställda

deltagare även om de har kvar symtom och andra svårigheter (Davidson m.fl. 2001). Utan möjlighet att delta i värderade uppgifter och roller i samhället hindras återhämtningen (Anthony, 1993).

3.4.4. Utveckla sin identitet och beseгра stigma

Den fjärde och sista faktorn i återhämtningen jag valt att betona är att utveckla sin identitet och beseгра stigma, vilket har att göra med de sociala konsekvenserna av psykisk sjukdom (Deegan, 1996; Ridgway, 2001). Båda aspekterna kan relateras till erkännande och acceptans. Det handlar inte enbart om att erkännas och accepteras av sig själv utan också av omgivningen som den person man är med såväl resurser som svårigheter. Det går att koppla samman med Topors (2001) benämning att återerövra sitt förlorade jag. Benämningen grundas i hans tanke om att sjukdomar får effekter på en människas identitet. När det gäller psykiska sjukdomar så utsätts identiteten för dubbla angrepp. Dels från sjukdomen som sådan, dels från konsekvenserna av den. Att återerövra sitt jag handlar om att nå ökad makt över livet och känna säkerhet i relation till andra. För individen kan det också handla om att hantera känslan och upplevelsen av att inte duga för andra (och/eller för sig själv). Goffman (1963/2005) hävdar att vår identitet och vårt sätt att vara i hög grad bestäms av det gensvar vi får från andra. Om andra får stor makt över individen och dennes livsvillkor och väljer att definiera individen som avvikande, psykiskt sjuk/funktionshindrad, kan individen tillägna sig denna definition, d.v.s. internalisera ett stigma. Hon/han börjar uppträda så som förväntat och tänker på sig själv i överensstämmelse med det. Därmed bekräftas den andres antaganden. På det sättet kan återhämtning från konsekvenserna av psykisk sjukdom/funktionshinder vara svårare att återhämta sig från än sjukdomen i sig och en stor utmaning för individen att överbrygga.

3.5. Sociala relationer

Återhämtning är ingenting man gör ensam. Andra personer kan bidra genom att främja eller hindra processen (Jensen, 2006). Den sociala relationen ses som det mest kraftfulla verktyget i återhämtningsprocessen (Deegan, 1996). För att belysa de sociala relationernas betydelse för återhämtningen har jag valt att diskutera det utifrån tre aspekter; erkännande av erfarenhetskunskap, makt och

delaktighet samt att värderas som människa. Forskningen om hur närstående och övriga nätverket kan främja och hindra återhämtningen är inte lika omfattande som den om hur professionella bidrar. Av det skälet är exemplen på hur omgivningen kan främja eller hindra processen ofta hämtade från just relationen mellan professionell och individ.

3.5.1. Erkännande av erfarenhetskunskap

För att förstå återhämtning som begrepp och dess innebörd är det individens erfarenheter och upplevelser som ska vara utgångspunkten, både på ett generellt och på ett individuellt plan i det direkta mötet med individen (Velpry, 2008). Genom denna erfarenhetskunskap kan omgivningen få ökad kunskap om och förståelse för hur människor återhämtas, vilken effekt omgivningen har samt vad som främjar denna process (Carpenter, 2002; Rosenberg & Lindqvist, 2004; Topor 2005). Förutsättningar för återhämtning skapas när andra helhjärtat går in i relationen för att förstå individen och dennes erfarenheter som människa och inte bara som en sjukdom eller diagnos. De andra kan då hjälpa på ett sätt som upplevs som stödjande (Deegan, 1996). Lyhördhet, respekt och intresse för individens erfarenheter och upplevelser är således betydelsefulla faktorer för att kunna främja återhämtningen (Davidson & Strauss, 1995). I Topors (2001) studie visade det sig att när professionella hade svårigheter att acceptera brukarnas beskrivningar och upplevelser kunde ett socialt avstånd uppstå mellan dem. Bristande intresse för individens erfarenheter och upplevelser hindrar därmed återhämtningen och det individen ser som meningsfullt kan gå förlorat (Tooth m.fl. 1997 i Topor 2001).

3.5.2. Makt och delaktighet

Individens återtagande av makt över sin situation är en betydande aspekt av återhämtningen (Jacobson & Greenley, 2001). I återhämtningsprocessen är det individen som ska ses som det aktiva subjektet med förmågan och möjligheten att vara med och bestämma över det som berör henne/honom (Borg & Topor, 2008). Individens egenmakt ökar när andra erkänner och visar tilltro till dennes förmåga att fatta beslut om sitt liv (Topor, 2001). I den omfattande återhämtningslitteraturen om relationen mellan professionell och individ betonas

ofta maktaspekten dem emellan⁸. Professionella anses ha en stor definitionsmakt genom sin yrkesposition. När professionella i sina attityder utstrålar behandlingspessimism, maktfullkomlighet, bristande intresse för individens erfarenheter och inte heller involverar individen i det som berör denne hindras återhämtningen (Tooth m.fl. 1997 i Topor, 2001). Människor som upplever att ingen lyssnar eller bryr sig om dem, känner sig maktlösa och ger lätt upp (Deegan, 1996). För att främja återhämtningen krävs att maktlösheten bryts och makten i relationen utjämnas. Ett sätt kan vara att erkänna individens erfarenhetskunskap, men också att se individen som en reell samverkanspart i planering och beslutsfattande (Borg & Topor, 2008). När individen tar och ges mer makt betyder det en frigörelse, inte bara från de professionella utan också från patientrollen. Individen kan då få en mer aktiv syn på sig själv och sina möjligheter (McLean 1995 i Borg & Topor, 2008). Genom ökad makt och delaktighet förstärks individens position, inte bara som psykiskt funktionshindrad utan som människa där både individen och dennes erfarenheter och upplevelser ges ett värde.

3.5.3. Värderas som människa

Personer med psykiska funktionshinder är ofta beroende av andra människor och är i det avseendet ofta mottagare av andras stöd och omsorg. En relation där individen ständigt ses som den behövande kan i ett längre perspektiv utgöra hot mot individens identitet (Topor, 2001). Gåvor och gengåvor mellan människor handlar om identitet och människovärde och värdet avgörs utifrån om man deltar eller inte i detta utbyte (Mauss, 1972). På det sättet kan känslan av att vara värderad som människa förstärkas genom en ömsesidig relation. Ömsesidighet i relationen innebär bland annat att slippa vara den som ständigt mottar stöd utan även få möjlighet att vara den som kan ge andra stöd och hjälp (Breier & Strauss, 1984). När individen känner sig behövd och efterfrågad stärks egenvärdet. Genom att ta emot och efterfråga individen och det denne har att erbjuda kan andra förstärka ömsesidigheten i relationen. Särskilt betydelsefullt är det i de situationer när individen har det som svårast då hon/han genom det påminns om sitt värde som människa (Topor, 2008a).

Professionella kan förstärka ömsesidigheten i relationen genom att göra sig mer jämställda med individen. Ett sätt är att inte se personen som bara patient

⁸ Makt finns i alla relationer (Foucault, 1975/2003). I föreliggande avhandling diskuteras makt i ett återhämtningsperspektiv och då den relationella makten mellan parterna. Den formella makt professionella innehar genom sitt organisatoriska och legala uppdrag diskuteras inte explicit.

eller brukare utan som en sammansatt individ med förmåga att vara någonting mer än bara hjälpbehövande och mottagare. Ett annat sätt är att som professionell inte bara lyfta fram sin kunskap och sina förmågor utan även sina egna tillkortakommanden (Topor, 2008a). Likheten mellan oss människor kan då bli mer framträdande än skillnaderna och parterna kan mötas som människor i en relation där båda har någonting att ge och vinna (Topor, 2001). Känslan av att vara värderad som människa förstärks i en ömsesidig relation där individen både kan vara givare och mottagare. På så sätt kan självbilden förstärkas och individen utveckla sin identitet vilket är en av återhämtningens målsättningar.

Jag vill avsluta detta avsnitt med ett citat från Patricia Deegan. Hon är filosofie doktor i psykologi och har under flera år studerat återhämtning. Samtidigt har hon egna erfarenheter av schizofreni.

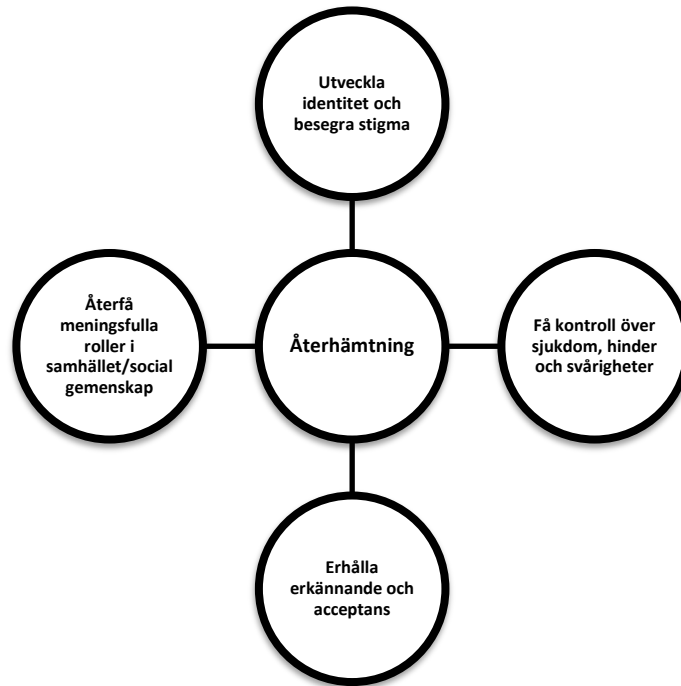
“Recovery does not mean cure. Rather recovery is an attitude, a stance, and a way of approaching the day’s challenges. It is not a perfectly linear journey. There are times of rapid gains and disappointing relapses. There are times of just living, just staying quiet, resting and regrouping. Each person’s journey of recovery is unique. Each person must find what works for them. This means that we must have the opportunity to try and to fail and to try again. In order to support the recovery process mental health professionals must not rob us of the opportunity to fail. Professionals must embrace the concept of the dignity of risk and the right to failure if they are to be supportive of us.” (Deegan, 1996 s 98)

Citatet belyser hur varje återhämtningsprocess är individuell. Därför måste också omgivningen sätt att bidra till denna process utgå från varje enskild individs tankar om vad som är stödjande just för dem. Det tydliggör också hur viktigt det är att låta människor pröva och inte ta över deras beslut av rädsla och oro för att de ska misslyckas. Även om vi inte med enkelhet kan generalisera de faktorer som inbegrips i återhämtning kan vi (individ och omgivning) utveckla en gemensam ram som kan ge oss en ökad förståelse för återhämtningsprocessen (Wilken & den Hollander, 2008). Med en ram som inbegriper individens erfarenhetskunskap, där denne värderas som människa och ges ökad makt och delaktighet kan vi förhoppningsvis få ökad kunskap om hur omgivningen kan främja respektive hindra processen.

3.6. Sammanfattande reflektioner

Forskningen kring återhämtning är omfattande. För att kunna analysera det sociala stödets betydelse för återhämtning har jag valt att betona det utvidgade återhämtningsperspektivet vilket sätter individen i ett sammanhang utifrån en

bredare kunskap om dennes liv. I återhämtningsprocessen är individen det aktiva subjektet. Det är dennes erfarenheter och upplevelser som ska vara i centrum och både resurser och svårigheter ska inbegripas. Målet med återhämtningen kan sammanfattas i fyra faktorer (fig. 3.1). Dessa är att betrakta som individens utmaning som hon/han strävar efter att uppnå, där omgivningen kan främja eller hindra denna process.



FIGUR 3.1 Återhämtningens fyra målsättningar.

Kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter inbegriper att återta makten över sin situation och finna strategier och hanteringsätt för att överbygga sina svårigheter. Här är hoppet om att förändring är möjlig betydande för en positiv återhämtning. Andra kan agera ställföreträdande hopp när individen själv sviktar i tilltro till sin egen förmåga. Erkännande och acceptans, både från sig själv och andra, handlar om att integrera såväl hinder som möjligheter i sin självbild och inte (av sig själv eller av andra) reduceras till en enbart psykiskt sjuk/funktionshindrad person. Genom att inkluderas i samhället och uppleva gemenskap kan individen återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap, vilket stärker egenmakten och känslan av att ha någonting att tillföra samhället. Den avslutande faktorn, utveckla sin identitet och besegra stigma, har att göra med de sociala konsekvenser som psykiska funktionshinder för med sig. Även om de psykiska svårigheterna i sig kan hindra återhämtningsprocessen är de sociala konsekvenserna i mångt och mycket en större utmaning för individen att hantera.

Med dessa faktorer som utgångspunkt blir återhämtningen som process tydlig där omgivningen kan främja eller hindra processen. De sociala relationerna, dess kvaliteter och de handlingar som utspelar sig får betydelse för hur återhämtningen kommer att gestalta sig. Det framkommer att stöd från omgivningen är något som kan främja återhämtningen. Den delen har inte fått något större utrymme i detta kapitel då jag menar att det i någon mån återfinns i kapitlet om socialt stöd. Jag har heller inte valt att strukturera upp hur olika nätverksaktörer kan främja respektive hindra återhämtningen. Betoningen i forskningen är på relationen mellan professionell och individ och är inte alls lika omfattande när det gäller övriga nätverksgrupper. Jag valde att utgå från olika faktorer och aspekter och däri konkretisera hur individen, men också omgivningen kan främja eller hindra processen. Dels utifrån de ovan diskuterade fyra faktorerna där fokus ligger på individen som aktör. Dels utifrån tre aspekter där fokus ligger på de sociala relationerna; erkännande av erfarenhetskunskap, makt och delaktighet samt att värderas som människa. De symboliserar de kvalitativa aspekterna av relationen och vilket förhållningssätt som kan verka främjande för återhämtningsprocessen.

Av genomgången framgår det att forskningen kring vilka faktorer som främjar återhämtning är mest omfattande. Vad som hindrar återhämtningen är inte beforskat i samma utsträckning. Samtidigt betonas perspektiv där hänsyn ska tas till individens sammanhang. Jag menar att det inte bara innefattar individens resurser och svårigheter utan även vad i det omgivande stödet som främjar och hindrar återhämtningen. Det legitimerar mitt val att inkludera både individens resurser och svårigheter samt vad denne ser som främjande respektive hindrande för återhämtningen. Andra människor kan främja eller hindra återhämtningsprocessen. Sett till olika nätverksaktörer är det hur de professionella påverkar processen som beskrivs tydligast i forskningen och då med fokus på hur de ska/borde vara för att främja återhämtningen. Jag har valt att studera det sociala stödets betydelse för återhämtningen utifrån fyra grupper av nätverksaktörer; släkt och familj, vänner, arbets- och studiekamrater samt formella stödaktörer. På det sättet hoppas jag kunna sätta individens upplevelser av vad som verkar stödjande och hindrande i ett relationellt sammanhang. I min analys av det sociala stödets betydelse för återhämtningen kommer jag att använda mig av de fyra målsättningarna (fig. 3.1). Tanken med det är att avgränsa de analytiska redskapen, men också att ytterligare betona individen som medveten aktör i återhämtningsprocessen där omgivningens uppgift är att bidra till denna process.

KAPITEL 4

METOD

Inledning

I följande kapitel redogör jag för studiens planering, uppläggning och genomförande samt de avvägningar, begränsningar, förändringar och beslut som fattats under vägen. I valet av forskningsmetoder görs metodologiska överväganden och i samband med detta ska även etiska sådana göras. De metodologiska och etiska övervägandena bör vara sammanflätade. För tydlighetens skull har jag valt att ha ett avsnitt där de etiska frågorna särskilt fokuseras även om de, enligt min åsikt, svårligen går att separera från övriga design- och metodfrågor.

I föreliggande studie är människor med psykiska funktionshinder i centrum. Det är deras erfarenheter och upplevelser av det sociala stödets betydelse för återhämtningsprocessen som analyseras. Människor med psykiska funktionshinder har ofta varit utsatta för andra människors tyckanden och handlanden. Genom att utgå från individernas erfarenheter med en tilltro till det de berättar var min tanke att nå en mer konstruktiv, djupgående och nyanserad bild (Ohlander, 2003). Det är genom att ta till sig de erfarenheter personer i återhämtning har, som vi som omgivning kan nå ökad kunskap både om vad återhämtning innebär och hur vi kan främja den (Velpry, 2008). Studien har således ett brukarperspektiv. Samtidigt ska man vara klar över att det är min tolkning av deras erfarenheter och upplevelser. På det sättet blir det ett tolkat brukarperspektiv.

4.1. Valet av kvalitativa intervjuer

Huvudmetoden i studien är kvalitativa intervjuer då det genom sådana är möjligt att få förståelse för världen ur de intervjuades synvinkel och utveckla innebörden av deras erfarenheter (Holme & Solvang, 1991). En känsligt genomförd intervju som bevarar närheten till den intervjuades livsvärld kan ge kunskaper som sedan kan ligga till grund för att förbättra människors situation (Kvale, 1997). Inspirerad av Hydén (2000) valde jag berättande intervjuer.

Denna form av intervju är uppbyggd i syfte att underlätta och stödja det fria berättandet och är öppen till sin karaktär med en svag styrning. Samtidigt får man inte bortse från att syfte och forskningsfrågor ska vara ramen inom vilken berättandet ska ske. Man kan se det som att forskaren anger frågeområden medan intervjupersonerna själva får välja ord, uttryck och associationer och ämnen. Denna ram kan givetvis ses som en begränsning av berättandet och är på det sättet en form av just svag styrning.

Varje informant intervjuades tre gånger. Upplägget och innehållet i den andra intervjun byggde på erfarenheter från den första, och den tredje på de två första. Skälen till att välja denna repetitiva form var flera. Dels såg jag det som en möjlighet att återknyta till aspekter, begrepp och teman som informanterna sett som relevanta. Dels kunde jag hitta mönster och variationer som gav nya teman att fråga vidare om. På det sättet kunde den repetitiva intervjun ge en fördjupning av det redan sagda, men också ett vidgat perspektiv d.v.s. ett rikare material.

Intervjuformen gav också en längre relation med informanterna. Tanken var att det skulle kunna ge en mer tillitsfull relation där informanterna med större enkelhet kunde delge sina erfarenheter. Jag uppfattade att min roll som lyssnare och främjare av berättandet hade stor betydelse för hur intervjuerna skulle gestalta sig. Min önskan var att skapa en intervjusituation som kändes naturlig för informanten, där hon/han kände lust och inspiration att berätta om sina erfarenheter. En sådan närhet till informanten är helt nödvändig när man arbetar med berättelser och är förenad inte bara med vinster utan även med förluster (Rönmark, 1999). Den forskningsmässiga vinsten är att tillit ger tillgång till goda och unika data, till informationer som normalt tillhör personers privatsfär. Närhet och tillit kan bidra till att relationen utvecklas och blir mer vänskaplig, vilket kan innebära att forskaren förlorar den kritiska distansen (Homan, 1992). Risken fanns också att individen skulle öppna sig på ett sådant sätt att hon/han kände sig utnyttjad när intervjun väl var över. Det krävdes således en balans i relationen. Denna kunde dock vara svår att hålla eftersom jag som forskarstuderande drevs av att få bra berättelser. Dessa frågor reflekterade jag över såväl inför som under empiriinsamlingen, vilket jag återkommer till i avsnittet om etik.

4.2. Urval och tillträde till fältet

Studien avser vuxna människor (över 18 år) med psykiska funktionshinder. Tio personer intervjuades tre gånger vardera, initialt gjordes också två provintervjuer. För att de presumtiva informanterna anonymt och självständigt skulle kunna välja eller välja bort deltagande i studien har jag rekryterat dessa själv. Rekrytering via professionella valdes bort av hänsyn till individen och dennes förmodade beroendeställning. Sådan rekrytering kunde medföra en osäkerhet hos individen om vad ett deltagande/icke deltagande skulle kunna medföra i förlängningen för den fortsatta kontakten mellan dem, vilket jag ville undvika.

Undersökningsgruppen omfattar både de som har och inte har offentligt stöd och varje informant anser sig själv ha ett psykiskt funktionshinder. I rekryteringen betonade jag den subjektiva definitionen av funktionshinder (Grönvik, 2003). Det jag efterfrågade var individer som själva ansåg sig ha stora och omfattande svårigheter att hantera sin vardag, vilka skulle vara relaterade till deras psykiska problematik. Skälet till valet av den subjektiva definitionen var att jag även i urvalet ville betona individens egen upplevelse. Samtidigt visade det sig i efterhand att flertalet av informanterna har eller har haft såväl insatser, ersättningar och diagnoser kopplade till funktionshindret. Det vill säga, de är i mångt och mycket även definierade av andra som psykiskt funktionshindrade.

Som urvalsteknik använde jag mig av ett så kallat snöbollsurval (Bryman, 2001/2002). För att rekrytera informanter besökte jag två träffpunkter. En kommunal sysselsättningsverksamhet samt en ideell organisation. Min förhoppning var att genom det kunna nå informanter såväl med som utan formellt stöd. Vid besöken berättade jag om min forskning och vilka personer jag sökte. Stor vikt lades också på att informera om frivillighet, rätten att avbryta deltagandet samt informerat samtycke. I samband med mitt besök delades ett informationsblad ut (bilaga 1). Åhörarna uppmanades också att sprida informationen om att jag sökte informanter.

Innan mitt besök på den kommunala sysselsättningsverksamheten godkändes det av såväl chefen för verksamheten som de deltagare som arbetade där. När min muntliga information var över ställde åhörarna frågor. De var intresserade av att diskutera nyttan med forskningen, varför det var brist på kunskap, om deltagandet var förenat med kostnader för dem, hur länge varje intervju skulle hålla på, var vi skulle hålla till och om avhandlingen skulle presenteras när den var klar och i så fall för vilka. Två ytterligare besök bokades in. Syftet var att personerna i lugn och ro skulle kunna fundera över ett eventuellt deltagande och

med enkelhet kunna ställa ytterligare frågor till mig. Dessa träffar gjordes med ett par veckors mellanrum. Det visade sig vara värdefullt att komma tillbaka. Dels träffade jag personer som inte varit med vid första tillfället, dels uppkom det nya frågor kring studien och deltagandet som kunde klargöras.

Den ideella organisationen är en bred öppen verksamhet som inte enbart riktar sig till människor med psykiska funktionshinder. Jag blev inbjuden dit av en person som är aktiv i organisationen och visste att jag sökte informanter. Den dagen då jag var där grillade man korv och fikade. Det var människor i olika åldrar, från små barn till äldre människor, kvinnor och män. Stämningen var hjärtlig och välkomnande, alla pratade mer eller mindre med alla. Jag blev presenterad för samtliga och fikade med dem en stund. Därefter gav jag information om min forskning enligt samma upplägg som vid den kommunala verksamheten. Dessa personer hade liknande frågor som de vid sysselsättningen. Jag bokade inte in fler träffar på denna organisation, däremot var det flera som ringde för att ställa fler frågor.

Fem av de slutgiltiga informanterna träffade jag vid någon av ovanstående informationsträffar. De övriga fem ringde mig och anmälde sitt intresse om att delta. De hade nåtts av informationen om att jag sökte informanter. Dessa personer fick vid telefonsamtalet samma information som övriga informanter fått. I samband med att de presumtiva informanterna anmälde sitt intresse av att delta i studien fick de kort berätta om sina psykiska svårigheter. Utifrån deras beskrivning av sig själva och sitt funktionshinder fattade jag beslut om att de kunde delta i studien. Som stöd i den bedömningen hade jag min yrkeserfarenhet av att ha arbetat med målgruppen, men också Nationell Psykiatrisamordnings definition av psykiska funktionshinder.

”En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid.”
(SOU, 2006:100, s. 325)

Samtliga personer som anmälde sitt intresse av att delta kunde inkluderas i studien. Det var tre personer som hoppade av studien innan intervjuerna påbörjades. Dessa ersattes med nya informanter⁹. Skälen till avhoppet var olika. En kvinna i 50-årsåldern avböjde sitt deltagande då hon inte mådde tillräckligt bra psykiskt för att orka delta. En man i 40-årsåldern kom inte på avtalad tid och gick heller inte att nå trots upprepade försök. Jag lämnade meddelande på hans arbetsplats om att jag uppfattade hans tystnad som att han inte längre var

⁹ En av vakanserna ersattes med en kvinna jag ursprungligen enbart tänkt använda vid provintervjuerna.

intresserad av att delta och att det var helt okej. Den tredje personen, en man i 25-årsåldern, avbokade inbokad träff fyra gånger. Efter diskussion kom vi överens om att avbryta det hela eftersom han var osäker på om han ville delta eller inte.

4.3. Genomförande

Den repetitiva formen medförde att tre intervjuguider skapades under datainsamlingens gång. I följande avsnitt presenteras arbetet med dessa och genomförandet av intervjuerna. Platsen för intervjun valdes av informanterna. Vi har träffats i deras hem, på vårdavdelningar, särskilda boenden, arbetsplatser, men också på min arbetsplats, universitet. Varje intervju spelades in på mp3-spelare efter överenskommelse med informanten.

4.3.1. Intervjuguide och genomförande av intervju 1

Målsättningen med den första intervjun var att få en bred bild av individens vardagliga sammanhang. En viktig utgångspunkt i skapandet av intervjuguiden (bilaga 2) var att inte koppla alla frågor/frågeområden till det psykiska funktionshindret, utan hålla det mer allmänt. Syftet med det var att inte förutsätta att allt som sker i deras vardag kan eller ska kopplas till deras psykiska funktionshinder. En mer allmän bild skulle förhoppningsvis också kunna synliggöra andra hinder och möjligheter som får konsekvenser för individen.

För att kunna följa individens berättelse så som den kom att berättas för mig utformades intervjuguiden som ett ramverk inom vilken intervjun skulle kunna röra sig. Ramen bestod av ett antal områden jag önskade få belysa såsom vardag, aktiviteter, arenor, relationer, psykiska funktionshinder, stöd och framtid. Varje område försågs med ett antal frågeställningar. Intervjuguiden kan tyckas väldigt strukturerad för en intervjuform som berättande intervjuer. Ett skäl till det var att lättare kunna anpassa intervjun utifrån informanten. I vissa fall kan informanter behöva hjälp för att berättandet ska komma igång och vissa behöver en mer strukturerad intervjusituation. I dessa fall kan intervjuguidens detaljer vara ett stöd för intervjuaren och kunna användas som hjälp på traven i den mån samtalet avstannade.

Två provintervjuer gjordes och skrevs ut för att därigenom se vilka justeringar som behövde göras innan de riktiga intervjuerna skulle genomföras.

Guiden fungerade bra vid dessa intervjuer, däremot drog provintervjuerna ut på tiden. Med facit i hand tenderade dessa intervjuer att glida iväg alldeles för långt utanför intervjuguidens ramar. För att skärpa upp intervjun såg jag i de följande intervjuerna till att hålla en maxtid på två timmar per intervju. Detta av respekt för informantens tid, men också för att jag skulle orka vara en aktiv lyssnare och inte heller låta informanten glida iväg för långt i berättandet. För de flesta informanterna flöt deras berättande på bara genom att de fick ett område att berätta kring. Andra behövde mer detaljerade frågor för att komma vidare. I övrigt avlöpte intervjuerna väl och var väldigt inspirerande och trivsamma, även om de också inbegrep många svåra livsberättelser.

4.3.2. Betydsekartan och genomförande av intervju 2

Ur den första intervjun växte inriktningen på intervju två och mitt arbete med betydsekartan fram (bilaga 3). Den första intervjun var ganska bred till sitt upplägg och hade fokus på aktiviteter, arenor, relationer och stöd. Vid genomläsningen av de transkriberade intervjuerna visade det sig att relationer och interaktioner hade en framträdande plats även när informanterna berättade om aktiviteter och arenor. Det gjorde mig nyfiken på dessa relationer och dess innebörd för individen och dennes stöd. För att få veta mer om dessa relationers betydelse verkade någon form av nätverkskarta vara en bra utgångspunkt. En karta, där informanten noterade betydelsefulla personer som vi sedan kunde prata om, såg jag som ett tänkbart stöd i intervjun. En traditionell nätverkskarta i form av en cirkel med fält för olika relationer fick agera utgångspunkt i utvecklingen av min karta. Betydsekartan skapades som en cirkel med sex fält. Fälten symboliserade vänner, professionella¹⁰, arbetskamrater, familj, andra och annat¹¹.

Jag såg flera skäl till varför denna betydelsekarta skulle kunna vara användbar. Min första tanke var att jag inte skulle kunna få fram samma information enbart genom att be informanten berätta om olika betydelsefulla relationer. Ett annat motiv till betydelsekartan var att den kunde underlätta själva berättandet. De personer informanten väljer att notera på kartan blir till utgångspunkt i vårt följande samtal. Kartan blir också ett visuellt hjälpmedel som kan bidra till att hålla tråden i intervjun. Denna form kunde också förstärka

¹⁰Benämningen på nätverkskategorin professionella byttes senare ut till formella stödaktörer då det tydligare visar på den bredd av anställda som inbegrips.

¹¹ Med andra avsågs personer som inte kunde inrymmas i de övriga kategorierna och med annat avsågs sådant som litteratur, film, natur eller liknande som man fann betydelsefullt.

brukarperspektivet. Informanten styrde innehållet i intervjun utifrån sitt val av personer som hon/han valde att rita in på kartan och därefter berätta om. För att hålla berättandet inom ramen för studiens syfte var det viktigt med följdfrågor som appellerade till det. Jag ville fånga både det positiva och det negativa, både det stödjande och det hindrande, men också hur stöd mobiliseras och vilka strategier som utvecklas för att hantera hinder och svårigheter. Således blev det inom dessa områden följdfrågor ställdes i intervjun.

Vid genomförandet av intervjuerna försökte jag ha så få och enkla instruktioner som möjligt. Informanten informerades om att hon/han själv skulle fylla i fälten med vad/vilka som kändes betydelsefullt/betydelsefulla i något avseende och att vi därefter skulle samtala kring detta. Vid den första intervjun startade vi med ett helt blankt papper. Det visade sig bli för svårt så vid följande intervjuer ritade jag in de sex fälten och namngav dem i förväg. Då det gällde benämningarna av fälten visade det sig kunna ge upphov till diskussion. Ordet professionell har inte samma betydelse för alla. Gunilla undrade vad det var och jag svarade: ”personal, anställda som du träffar eller har träffat på, som är betydelsefulla på gott och ont”. Hennes svar blev: ”då tänker jag inte skriva upp min läkare för hon är minsann inte professionell”. Ditte satte personalen på sysselsättningen bland vänner. Hon ansåg att de var på samma jämlika nivå som henne och därför inte var att betrakta som professionella. Det är således av värde att inte bara föra en diskussion om personerna inom varje sektor utan också om vad sektorerna står för, för informanten.

Dessa intervjuer var känslomässigt påfrestande för mig då jag fick ta del av svåra och smärtsamma erfarenheter. Jag bad därför min handledare om samtal där jag kunde avbördas mig och reflektera kring de känslor som väckts inom mig av de berättelser jag fått ta del av. Dessa samtal var betydelsefulla för mig som forskarstuderande då de bidrog till en välbehövlig kritisk distans till empirin.

4.3.3. Intervju 3 och dess genomförande

Utifrån de två första intervjuerna skapades en guide till den tredje och avslutande intervjun (bilaga 4). I denna intervju ville jag ha fokus på det psykiska funktionshindret, men också fånga upp sådant jag funnit intressant i de tidigare intervjuerna men där och då inte utvecklat i tillräckligt hög grad. En intervjumanual i två delar skapades. Den första allmänna delen hade inriktning på frågor kring det psykiska funktionshindret, möjligheter och hinder, befintligt och önskat stöd. Den andra delen var individuell med frågeområden relaterade

till sådant jag fann särskilt intressant att få ett fördjupat resonemang kring och/eller sådant jag av olika anledningar missat vid de första intervjutillfällena.

Dessa intervjuer avlöpte väl, särskilt den individuella delen. Den fungerade inte bara som en fördjupning för mig utan tydliggjorde också varje informants betydande insats i denna studie. Eftersom frågeområdena var hämtade från vad de berättat om i tidigare intervjuer upplevdes dessa som en bekräftelse på deras deltagande och de förvånades och gladdes över hur mycket de faktiskt hade bidragit med. Detta blev till en uppskattad sammanfattning och avrundning på vårt fleråriga samarbete.

4.4. Transkription

Med ett undantag har jag skrivit ut samtliga intervjuer själv. Den nittonde intervjun skrevs ut av en läkarsekreterare som jag tänkt arvoda för att skriva ut intervjuer åt mig. Denna idé avfärdades dock efter att ha läst igenom den, av henne, utskrivna intervjun. Det hade inte att göra med hennes sätt att skriva ut intervjun då utskriften var helt perfekt utifrån de instruktioner hon fått. Skälet hade mer att göra med min egen känsla för intervjun och den fortsatta analysen. För mig innebar arbetet med själva utskrifterna ett viktigt led i analysarbetet som jag inte ville vara utan (Kvale, 1997; Reissman, 1997). Det var genom utskriftsarbetet jag lärde känna berättelserna, hörde nyanser och kunde reflektera över det sagda, d.v.s. påbörja analysarbetet. Även om det var tidskrävande såg jag det som oerhört värdefullt även metodiskt, då jag vid utskrifterna lärde mig mycket om hur intervjuerna fungerade och hur jag fungerade/inte fungerade som intervjuare.

Jag skulle säga att intervjuerna är utskrivna ordagrant med viss reservation. Talspråk är inte detsamma som skriftspråk. Risker finns att texten, vid en ordagrann utskrift av vad som sagts, skulle kunna uppfattas som slarvig och därför medföra en oetisk stigmatisering av specifika personer eller grupper (Kvale, 1997). Utskrifterna ska förena en önskan om att göra berättarna rättvisa samt underlätta läsningen (Adelswärd, 1997). Av det skälet valde jag att i vissa fall skriva om ord och meningar samt ta bort vissa upprepningar och extraord för att göra utskrifterna mer läsbara. Jag tycker det är viktigt att transkriptionen återger berättelsen på ett sådant sätt att man inte tappar individen, dialogen och sammanhanget. Viktigt är också att återgå till det inspelade ibland för att återfå känslan av sammanhanget berättelsen skapades i.

4.5. Analys

Som analysmetod valde jag en kvalitativ analys bestående av meningskoncentrering och meningskategorisering (Kvale, 1997). Jag har även influerats av kvalitativ innehållsanalys (Burns & Grove, 2005; Denzin & Lincoln, 1998; Graneheim & Lundman, 2004). Min målsättning var att söka teman både i informanternas utsagor och i teorin. I analysarbetet har jag således haft ett abduktivt förhållningssätt till teori och empiri (Alvesson & Sköldbberg, 1994). Teorier kring socialt stöd var en utgångspunkt i studien och teorier kring återhämtning tillkom en bit in i analysarbetet.

Tack vare de berättande intervjuerna och betydelsekartan fick jag tillgång till ett omfattande och intressant empiriskt material. Mycken tid och möda har lagts på att komprimera och tematisera. En process som bitvis varit kaotisk och stressande då jag undrade hur jag skulle kunna bringa struktur i detta gigantiska material. Analysprocessens vindlande vägar försöker jag i det följande tydliggöra utan att förlora mig i alla steg framåt och bakåt. Det kan tyckas vara en rak och tämligen enkel väg, men tro mig, det har inte kommit gratis.

När jag lyssnat på intervjuerna och läst utskrifterna ett flertal gånger sorterade jag materialet utifrån fyra arenor (arbete, hem, fritid, institutioner) och fyra nätverkskategorier (släkt och familj, vänner, arbetskamrater och professionella). Härfter reducerades data från breda kategorier till mer abstrakta begrepp allt eftersom analysarbetet pågick (Graneheim & Lundman, 2004; Miles & Huberman, 1994). Det inleddes med att jag i varje intervju noterade i marginalen vad informanterna berättat om. De avsnitt som handlade om samma sak sattes ihop till en kategori som namngavs utifrån innehåll. Kategorierna som liknade varandra (från samtliga intervjuer) sammanfogades till en sammanhållen text vilket höjde tematiseringarna en nivå.

Nästa steg var att strukturera upp materialet utifrån vad som verkade stödjande respektive hindrande. Vid den här tidpunkten i analysarbetet insåg jag att materialet, på grund av sin omfattning, behövde avgränsas. I och med att relationer och interaktioner fått stort utrymme i intervjuerna valde jag att enbart fokusera på dessa och släppte därmed tanken på att inbegripa aktiviteter och arenor i analysen. Det som berörde arenor och aktiviteter fick plats i analysen förutsatt att dessa diskuterats inom ramen för någon av de valda nätverksrelationerna. Vad gäller innebörden och betydelsen av olika relationer hade jag stor nytta av betydelsekartan jag använde i intervju två. Varje relation utifrån en nätverkskategori hade diskuterats utförligt. Texten strukturerades nu upp i fyra kapitel utifrån de fyra nätverkskategorierna.

I samband med detta blev det uppenbart för mig att teorier om återhämtning skulle passa in i analysen av materialet. Syftet skärptes upp och det som tidigare uttryckts som ”vad som är stödjande och hindrande för att få vardagen att fungera för individer med psykiska funktionshinder” utvecklades till ”vilken betydelse har det sociala stödet för återhämtningen”. Efter inläsning av återhämtning som teoretiskt perspektiv valde jag att i analysen fokusera på fyra aspekter av återhämtningen att; få kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter, erhålla erkännande och acceptans, återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap samt utveckla sin identitet och beseгра stigma.

Avgränsningen av materialet och det nya teoretiska perspektivet om återhämtning kom att underlätta analysarbetet betydligt. Empirikapiteln strukturerades upp i två delar, en främjande och en hindrande, med tillhörande teman utifrån de fyra olika nätverksaktörerna. Varje tema belystes med citat från intervjuerna. För att analysera det sociala stödets betydelse för återhämtningen användes teorier från dessa forskningsområden.

4.6. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

I följande avsnitt diskuteras validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Dessa aspekter är betydelsefulla för forskaren att ta hänsyn till såväl i studiens planering som i dess genomförande. Aspekterna är också betydande för att omgivningen ska kunna bedöma studiens resultat.

4.6.1. Validitet

Validitet handlar om giltighet och riktighet, om man undersöker det man säger sig undersöka och i vilken utsträckning materialet kan sägas spegla det fenomen som är av intresse (Kvale, 1997). Det kan ses som kvalitetskriterier forskaren har att ta hänsyn till och reflektera över genom hela forskningsprocessen. Vissa kriterier kan man inte ta ställning till förrän studien är avslutad och ligger då till viss del utanför forskarens möjlighet att bedöma. I detta avsnitt vill jag diskutera de aspekter jag fann användbara i mina försök att stärka föreliggande studies validitet.

För att stärka den kommunikativa validiteten har jag under avhandlingsarbetet deltagit i så många forum som möjligt där mitt forskningsarbete har kritiskt granskats och diskuterats. Den kommunikativa

validiteten är en dialog med tre olika kontexter; intervjupersonen, allmänheten och forskarsamhället (Kvale, 1997). Dialogen med *informanterna* har jag haft fortlöpande under insamlandet av empirin. I samband med intervjuerna kunde jag be om förtydliganden, pröva mina tolkningar och min förståelse och få respons från dem. I och med att jag träffade varje informant tre gånger gavs jag möjlighet att återkoppla mina reflektioner från föregående intervju. Jag har dock inte haft någon kontakt med informanterna i detta syfte efter det att intervjuerna var avklarade.

Då det gäller dialogen med *allmänheten* har jag haft förmånen att i olika sammanhang få prata om min pågående forskning. Jag har blivit inbjuden till olika ideella organisationer, till en anhöriggrupp och till en kommuns idéutbytardagar, och jag har även undervisat i socialt arbete vid Högskolan Väst. Dessa tillfällen har inneburit diskussioner med åhörarna/deltagarna där de bjudit på sina egna erfarenheter, funderingar och åsikter om det jag berättat, vilket har varit till stor nytta i mitt forskningsarbete.

Inom *forskersamhället* finns det ett antal obligatoriska sammanhang där forskningsarbetet ska granskas och kritiseras, så kallade seminarier. Jag har haft förmånen att vara del av två sammanhang; Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet och Vårdalinstitutet. Där har jag fortlöpande haft möjligheten (och skyldigheten) att lägga fram mitt arbete och få det granskat. Det har även inneburit att jag granskat andras arbeten vilket också utvecklat min egen forskning. Ytterligare ett forum där mitt forskningsarbete har utvecklats och granskats är i samband med de forskarkurser jag deltagit i. Under avhandlingsarbetet har mina handledare läst och granskat mitt arbete. På det sättet kan man säga att de agerat som någon form av medbedömare.

Att tolkning är förankrad i ett empiriskt underlag är ett centralt kvalitetskriterium (Olsson & Sörensen, 2002). Den interna validiteten handlar om i vilken utsträckning det finns en överensstämmelse mellan vad forskaren observerat och de teoretiska idéer hon/han utvecklat (Bryman, 2001/2002). För att stärka den interna validiteten har jag använt mig av kontextualiserade citat för att belysa temana och därmed göra det möjligt för andra att se hur jag kommit fram till de tolkningar jag gjort. Citat ger liv och substans åt texten, förankrar den empiriskt och ger läsaren en möjlighet att utifrån citaten bedöma författarens tolkning (Widerberg, 2002).

En av forskningens uppgifter är att dess resultat ska innebära någon skillnad och kunna skapa förändring för, i det här fallet, människor med psykiska funktionshinder. Detta ställer givetvis krav på att resultaten som sådana ska vara

användbara, men också på hur man skriver. Min ambition har varit att använda ett språk som är tillgängligt inte bara för forskarvärlden. Min förhoppning är också att efter disputationen få möjlighet att i olika sammanhang diskutera studien och dess resultat med andra människor. Jag har redan under min doktorandtid fått flera inbjudningar från olika verksamheter. Det är när forskningen kan omvandlas till praktisk handling som förutsättningar för pragmatisk validitet skapas (Kvale, 1997).

4.6.2. Reliabilitet

Reliabilitet handlar om att studien ska kunna reproduceras med likvärdigt resultat (Kvale, 1997). En kvalitativ studie är nästintill omöjlig att exakt upprepa och i dessa studier behöver inte reproduktion vara ett mål på samma sätt som i exempelvis experimentella studier (Padgett, 1998). Reliabilitet och reproduktion sett utifrån ett kvalitativt forskarperspektiv handlar mer om att ge läsaren en möjlighet att se samma sak som jag. Det förutsätter en tydlighet och öppenhet med hela forskningsprocessen (Kvale, 1997). Under hela forskningsprocessen och i texten som ni läser har jag strävat efter att vara tydlig med såväl design som tillvägagångssätt, men också mina perspektivval, avgränsningar och tolkningar för att därigenom möjliggöra för läsaren att kritiskt granska studien och dess användbarhet.

4.6.3. Generaliserbarhet

Generaliserbarhet (även kallat extern validitet) innebär att resultat från en studie kan gälla för andra människor, andra miljöer och situationer (Bryman, 2001/2002). Generaliserbarhet har inte prioritet i kvalitativa studier. Där handlar det mer om att lyfta fram det unika i människors livserfarenheter och inte att finna generell kunskap (Padgett, 1998). I föreliggande studie är det tio personer med psykiska funktionshinder som intervjuats tre gånger vardera. De kan inte sägas vara representativa för alla människor med psykiska funktionshinder, men jag menar att det finns en hel del i deras berättelser som går att använda för att göra uttalanden om människor med psykiska funktionshinder i allmänhet. Man skulle kunna säga att det är situationerna och villkoren för socialt stöd och återhämtning som i någon mån är generaliserbara och inte individerna som sådana. Det är när man lyfter det sagda och visar på vilket återkommande fenomen studien är ett exempel på som det finns en möjlighet att uttala sig om

gruppen i stort (Becker, 1998; Esaiasson m.fl. 2004). Genom att analysera empirin med stöd i teorier (socialt stöd och återhämtning), samt sätta mina resultat i relation till andra studiers resultat, öppnas en möjlighet för att det som är giltigt för en person också kan säga någonting om hur det ser ut för andra i liknande situationer. Denna analytiska generalisering öppnar upp förståelsen för det undersökta fenomenet (Kvale, 1997).

Ett annat sätt att tala om generaliserbarhet är i form av relevans (Andernaes, 2000). Det förutsätter en granskning av om datainsamlingen är anpassad till den kunskap man vill ha och den teoretiska förankringen. Om målet är, som i den här studien, att få fram intervjupersonernas upplevelser så måste intervjuerna värderas utifrån vilka möjligheter som finns att fånga den. För att kunna avgöra det måste det finnas en transparens i studien vilket, har varit min ambition, men som det nu är upp till läsaren att bedöma.

4.7. Etiska överväganden

I detta avsnitt diskuteras etiska överväganden utifrån tre aspekter; informerat samtycke, forskarrollen och nytta/skada. Forskningsetik handlar till stor del om relationen mellan forskare och informant. På det sättet kommer forskarrollen i fokus med det ansvar och den makt man har som forskare och hur man förvaltar densamma. Av det skälet menar jag att varje led av forskningsprocessen ska diskuteras och reflekteras med hänsyn till denna relation, för att därigenom tydliggöra vilka konsekvenser olika val och beslut kan få. De etiska övervägandena har genom min forskningsprocess fått ett stort utrymme. Jag kan med fog säga att många i min akademiska närhet var oerhört trötta på dessa mina etiska resonemang som jag allt som oftast ville lyfta fram och diskutera. I ett tidigt skede av avhandlingsarbetet lämnade jag in en etikprövningsansökan för att få en rådgivande bedömning (insändes 2005-07-14) trots att lagen inte så krävde. Då studien redan var påbörjad kunde inte nämnden ge en sådan bedömning, varför ansökan återtog.

4.7.1. Informerat samtycke

Informerat samtycke kan förstås som ett kontrakt mellan forskare och informant som visar på att informanten fått information om projektet och accepterat att delta (Homan, 1992). I min studie är det informanternas erfarenheter som är i fokus, att då inte kontinuerligt diskutera samtyckesfrågor vore ett märkligt avsteg från dessa ambitioner och utgångspunkter. Jag har valt att se samtycket

som en kommunikationsprocess mellan parterna som ska hållas levande genom forskningsprocessen. Det handlar t.ex. om frivillighet att delta och möjligheter att avbryta deltagande, och inbegriper även tydlig och kontinuerlig information om studien (Homan, 1992). Valet att delta ska individen göra självständigt. Det är forskarens ansvar att förvissa sig om att deltagandet är reellt frivilligt. Det kräver en medveten reflektion hos forskaren om huruvida den enskilde har faktiska möjligheter att avböja eller avbryta sitt deltagande (Miles & Huberman, 1994).

För att underlätta för de presumtiva informanterna att fatta beslut om ett deltagande lämnade jag i samband med rekryteringen information om studien såväl muntligt som skriftligt. Jag har genomgående försökt ta ställning till vad som är att betrakta som relevant information och försökt att ge den på ett så lättbegripligt sätt som möjligt. Vid rekryteringsträffarna hade de möjlighet att ställa frågor kring studien och sitt eventuella deltagande. Erfarenheterna från dessa tillfällen bidrog också till att mitt sätt att informera kunde utvecklas och bli mer distinkt och lättbegripligt. För att säkra att de självständigt fattade beslut om deltagande fick de själva ta initiativet utifrån min allmänna förfrågan och de rekryterades inte via professionella eller någon annan.

De som slutligen valde att delta i studien fick ytterligare en gång information om studien, men också om sina rättigheter att avbryta sitt deltagande närhelst de ville utan att behöva motivera detta. Detta konfirmerades med ett antingen muntligt eller skriftligt samtycke. Därefter har jag kontinuerligt inför och i samband med varje intervju informerat om frivilligheten i deltagandet och rättigheten att när som helst avbryta. De har också informerats om hur studien fortlöper.

Jag såg det som betydande att informera de presumtiva informanterna om hur deras eventuella deltagande var kopplat till konfidentialitet och anonymitet. I och med att jag sökte informanter på olika träffpunkter fanns en risk att de skulle prata med varandra och därmed få vetskap om vilka som deltar i studien. Av det skälet kunde fullständig anonymitet inte garanteras. Informanterna informerades också om att deras intervjuer skulle sparas, dels i ett arkiv på universitetet dels på en dataserver. Detta för att andra ska kunna kontrollera min forskning.

I redovisningen av empirin var min ambition att hålla informanterna så anonyma som möjligt. Platser och personer namnges med fingerade namn. Vissa specifika situationer har utelämnats eller förändrats för att inte kunna härledas. Under intervjuerna har vissa informanter berättat om sådant som de inte vill ska

tas med i avhandlingen. Av det skälet skrevs dessa delar av intervjuerna inte ut, men finns fortfarande kvar på mp3-filerna. Resultatet presenteras utifrån teman och belyses med citat från intervjuerna. Jag är medveten om att andra personer som känner informanterna skulle kunna härleda dessa citat till rätt person. På det sättet medför användningen av citaten och min önskan om att förhålla mig nära empirin ett visst avsteg från anonymitet och konfidentialitet. Ett dilemma som jag är väl medveten om och kontinuerligt reflekterat över.

4.7.2. Forskarrollen

Studiens intervjuform förutsätter en närhet till informanten och en tillitsfull relation. Denna närhet kan ses som metodens förutsättning och styrka, men kan också ses som en begränsning och ett etiskt dilemma. Relationen får inte bli för personlig och vänskaplig då man kan tappa sin professionalitet som forskare. Den vänskapliga relationen kan bli ett redskap för forskaren att komma vidare med sin forskning. Informanten kan övertalas eller pressas att berätta mer än vad hon/han tänkt sig (Homan, 1992). Det har jag försökt hantera genom att i samband med varje intervju samtala med informanterna om intervjusituationen.

Inför intervjuerna var jag noga med att poängtera att det är de som informanter som styr hur mycket de vill berätta. Om jag ställer en fråga de inte vill svara på skulle de bara säga ifrån, vilket de också gjorde. Efter intervjuerna hade vi avstämning av hur de upplevde intervjun och om det var något de ville lägga till eller dra ifrån av det de berättat. Vid några tillfällen upplevde de att de sagt mer än de hade tänkt sig. Jag påtalade att jag kunde undvika att skriva ut dessa partier om hon/han så önskade, vilket de vid ett fåtal tillfällen tackade ja till. Inför intervju två och tre inledde jag med att prata om den förra intervjun. Jag ville på det sättet få reda på hur det hade känts efteråt och om de tänkt på något särskilt. De upplevde inte att de mådde sämre psykiskt efter intervjuerna. Även om de berättat om många svåra situationer i sitt liv och det kunde ha känts jobbigt var det ingenting som påverkat dem i någon större utsträckning. Min uppfattning är att informanterna kände sig så pass bekväma i relationen till mig att de kunde vara öppriktiga och ärliga med hur de uppfattade intervjusituationerna. Dessa samtal ska inte betraktas som behandlande eller terapeutiska i något avseende utan mer som avstämningssamtal. I den mån jag hade märkt att individen mått riktigt dåligt av intervjun hade jag påtalat det för denne och rekommenderat henne/honom att ta vidare kontakt med någon i dennes närhet.

Mitt genuina intresse för människors berättelser och min yrkeserfarenhet kunde integreras i forskarrollen, vilket jag kunde dra nytta av och som främjade möjligheterna till ett rikt empiriskt material. Självklart kan det även ha medfört mindre positiva effekter, såsom att informanterna bjudit på mer än det tänkt sig, men också att jag förlorat mig i deras berättelser och därmed också förlorat min position som forskare och min kritiska distans. Detta har jag försökt styra upp på olika sätt. Dels genom att lyssna på intervjuerna flera gånger och därigenom uppmärksamma mig själv som intervjuare. Dels har min handledare läst intervjuerna och kritiskt granskat mitt sätt att intervjua. Min förhoppning är att informanterna kände sig respekterade vid intervjutillfället, men även när de kan läsa avhandlingen i sin helhet.

4.7.3. Nytt/skada

Syftet med att lyfta fram människor med psykiska funktionshinder och deras erfarenheter, förutom att det ger oss viktig kunskap, är att deras berättelser ska ges samma värde som andras. Tanken är att det stärker dem och deras position när deras röster görs hörda. Samtidigt finns en risk att jag som forskare i all min välmening istället för att nå förändring för dessa människor bidrar till utpekande och att utsatthet och marginalisering bibehålls och kanske till och med förstärks. Det är en svår balansgång att inte peka ut, men samtidigt lyfta fram och synliggöra utsatta grupper av människor (Barron, 1999). Mitt sätt att hantera denna risk har varit att kontinuerligt föra etiska resonemang kring dessa frågor och väga nyttan mot en eventuell skada.

Nyttan för individen kan vara känslan av att känna sig efterfrågad och att deras erfarenheter är betydelsefulla. Det kan vara stärkande att ges möjlighet att berätta och att någon annan intresserat lyssnar. Vid intervjuerna framkom det att skälet till flera informanters deltagande var en förhoppning om att skapa förändring för andra personer i liknande situationer. Den vetenskapliga nytta denna studie kan medföra är en ökad kunskap om det sociala stödets betydelse för återhämtningen för personer med psykiska funktionshinder utifrån deras perspektiv. En kunskap som idag är bristfällig. Resultaten kan också vara till nytta för olika välfärdsverksamheter då man kan utveckla de verksamheter man idag bedriver för gruppen. Min forskning skulle även metodiskt kunna vara till nytta för de verksamheter som idag arbetar med målgruppen. Förhoppningen är att de kan se värdet i dessa individers erfarenhetskunskap och i sitt arbete mer utgå från individens egna berättelser, erfarenheter och upplevelser. Att avstå från

att fråga människor med psykiska funktionshinder om socialt stöd och återhämtning skulle kunna bidra till att kunskapsluckan består. I och med att man från flera håll framhåller att denna kunskap är en viktig aspekt för att kunna förstå hur man ska kunna stödja dessa människor på ett bra sätt och skapa mer jämlika levnadsförhållanden så anser jag att nyttan med studien överstiger risken/skadan.

4.8. Informanterna

Undersökningsgruppen består av tio personer. De presenteras kort i följande avsnitt. Varje presentation avslutas med att informanten ger sin egen beskrivning av sitt psykiska funktionshinder. Citaten är hämtade från de avsnitt där informanterna med en direkt fråga ombads berätta om funktionshindret. Det är inte att läsa som en fullödig beskrivning av deras totala problematik. Det ska mer ses som en möjlighet att få en, om än liten, inblick och introduktion i hur de själva uppfattar sitt funktionshinder. Jag vill poängtera att jag vid intervjuerna inte frågade informanterna om deras diagnos, trots det var det något som flera av dem tog upp i sin beskrivning av funktionshindret.

Anna

Anna är 27 år och bosatt i egen lägenhet. Hon är uppvuxen i olika fosterhem. Båda hennes föräldrar har sedan hon var liten haft omfattande psykiska svårigheter. Hon har kontakt och umgås med dem, men på grund av deras fortsatta psykiska problematik är relationen inte helt enkel. Anna-Lisa är en kvinna som funnits med sedan barndomen och den person som i många avseenden tagit föräldrarnas roll och därför av Anna räknas till familjen även om de inte är släkt. Anna har en pojkvän, men de bor inte tillsammans. Från ett tidigare förhållande har Anna två barn vilka hon har boende hos sig varannan vecka. Kontakten med barnens pappa har i perioder varit problematisk, i synnerhet då Anna mått psykiskt dåligt. Anna har flera vänner hon umgås med, ett par av dem har funnits med sedan skoltiden. Vid första tillfället vi ses är Anna sjukskriven, vid andra har hon påbörjat en utbildning vid Komvux. Anna beskriver sitt psykiska funktionshinder så här:

Anna: Åtstörning bland annat. Och ångest, ångestproblematik och depressioner har jag haft. Och jag har levt under förhållanden som inte varit så bra när jag var liten. Jag har även legat inne två gånger och försökt göra självmord. Fast inte så där jätteallvarligt men tankarna har funnits. Jag vet inte om det är någon form av borderline. Min diagnos är emotionell instabil personlighetsstörning.

Cornelia

Cornelia är 25 år. Hon vistas sedan lång tid på en akutpsykiatrisk avdelning och har ingen egen lägenhet utanför sjukhuset. Hon och hennes syskon är uppvuxna i olika fosterhem. Föräldrarna har varit frånvarande under hela uppväxten. I vuxen ålder träffade hon sin pappa för första gången, men på grund av hans psykiska ohälsa avbröts denna relation. Relationen till mamman är sedan många år ansträngd och de har knappt någon kontakt med varandra. Cornelia framhåller relationerna till sin mormor och till sin före detta make som positiva. De hon framhåller som vänner är just ex-maken samt en tjej hon lärde känna på en psykiatrisk avdelning där de båda visades. Cornelia beskriver sitt psykiska funktionshinder så här:

Cornelia: Ja, jag har faktiskt diagnos borderline, men jag tycker inte att jag har så mycket borderline faktiskt. Jag tycker att det är omständigheterna som har gjort att jag mår dåligt, därför är det svårigheter att göra som man vill. Jag har hamnat i en krissituation. Ängesten till exempel kan bli så stark så att man inte kan gå ut. Och sen självmordstankarna som jag har haft gör att man inte får gå ut. Och sen mina impulser gör så att jag inte har fått gå ut för man vet inte, jag vet ju inte själv vad jag gör.

Ditte

Ditte är 23 år och har egen lägenhet. Hon är uppvuxen hos sina farföräldrar, det är dessa hon betecknar som sina föräldrar. Hennes mamma och pappa skildes då Ditte var liten. Hon har idag regelbunden kontakt med sin pappa och sina halvsyskon. Kontakten med mamman är fortfarande bristfällig. Dittes mormor har alltid varit betydelsefull, men finns inte längre i livet. Dittes pojkvän och hans familj har välkomnat henne på ett sådant sätt att hon räknar dem som sin familj. Ditte har flera vänner som hon umgås med. Dels sådana hon lärt känna via dansen, dels pojkvännens kompisgäng. Ditte vistas på en daglig verksamhet för personer med psykiska funktionshinder. Ditte beskriver sitt psykiska funktionshinder så här:

Ditte: Jag är psykiskt handikappad eller funktionshindrad, jag har en beteendestörning. Det är rena rama berg- och dalbanan i mitt liv. Ett par dagar kanske jag mår hur bra som helst och en dag så är det rätt ner i djupet. Det är humörsvingningar. Förr hade jag självmordsbenägenhet. Självedstruktiv så det "stod i pannan" på mig. Jag har inte fått bestämt diagnos, jag har starka symtom till Asp- nånting. (Maria: Asperger?) Ditte: Ja och borderline och sedan har jag ADHD-Damp.

Erik

Erik är 38 år, singel och bor i egen lägenhet. Han beskriver kontakten till sina båda föräldrar som nära och positiv. Pappan gick bort för några år sedan, men mamman finns kvar och de har nära nog daglig kontakt. Erik berättar om kusiner och farbröder som han har kontakt med. Några av dem finns i samma kommun som han själv. Andra bor i en annan landsända och kontakten med dem är vanligtvis via telefonsamtal. Erik har i stort sett bara två eller tre riktiga vänner som han umgås regelbundet med. Då vi träffas första gången har han sin sysselsättning på en verksamhet för människor med psykiska funktionshinder. Vid andra intervjun har han påbörjat en högskoleutbildning vilken han sedan avbryter. Det psykiska funktionshindret beskriver Erik så här:

Erik: Det började för mig med depressionen. När brevet från polisen kom att jag hade förväxlats med en blottare kom mina psykiska besvär tillbaka. Då blev det lite paranoia över det hela för då kände man sig jagad. Så från 1995 har man brottats med paranoian och försökt slita sig fri från den typen av tankegångar. Jag skulle tro att 75-80% har med paranoian att göra och sen är det litegrann det här hur man ska sköta vardag och liknande. Osäkerhet kanske, men det är just paranoian som fått stort utrymme i sjukdomsbilden känner jag. Jag har lätt att fastna i vissa tankemönster, men det brukar försvinna efter ett tag.

Fredrik

Fredrik är 55 år. Han är uppvuxen med sina föräldrar och sin bror. Dessa avled för några år sedan. Föräldrarna hade missbruksproblematik och brodern omfattande psykiska svårigheter. Den kontakt Fredrik har med sina släktingar är via telefonsamtal med ett par kusiner. Fredrik är förlovad sedan många år, men de bor inte ihop. Fredrik uppger att han har lätt för att få kontakt med folk och träffar flera olika personer och fikar och pratar. Han bor på ett gruppboende för personer med psykiska funktionshinder. Dessförinnan har han under många år vistats på ett större mentalsjukhus. På dagarna deltar han i en kommunal sysselsättning för människor med psykiska funktionshinder. Fredrik beskriver sitt psykiska funktionshinder så här:

Fredrik: Jag har varit sjuk i många år och haft ett helvete med röster. Han höll på att jävlas med mig i 37 år innan han flög ur mig och förstörde hela min uppväxt och sådan hemsk ångest hade jag, dödsångest. Men annars har jag inga svårigheter.

Gunilla

Gunilla är 36 år. Hon har god och tät kontakt med sin mamma och dennes sambo. Gunilla och hennes syskon bor ett tiotal mil från varandra, men de har ändå regelbunden kontakt, vanligtvis via telefon. Gunilla har en tonårig son som sedan flera år bor hos sin pappa. Gunilla har ett fåtal vänner kvar som hon har kontakt med. Hon bor på ett boende för personer med psykiska funktionshinder. Hon har inte någon daglig sysselsättning eller arbete. Sitt psykiska funktionshinder beskriver hon så här:

Gunilla: Det är just det här att jag drar på mig panikångest. Det är det hemskaste jag har upplevt när jag inte ens klarar av att ta mig ut eller någonting vilket jag gjorde förr. Det låser sig totalt. Och då har det lätt blivit att jag lugnar mig med några öl helt enkelt. Jag tar till alkohol när det är som tyngst, när det är mest gungning i mitt liv och då är risken ännu större för att det kan hända självmordsförsök. Jag har en lång radda med diagnoser, jag är suicidal, minnesförlust, missbrukare, borderline, jag kommer inte ihåg allt hon skrivit.

Henrik

Henrik är 41 år och singel. Han uppger sig vara helt ensam utan familj och vänner, samtliga relationer är avslutade. Relationen till föräldrarna och syskonen var problematisk redan från det att Henrik var liten. I tonåren bad han socialtjänsten om att få bli placerad hos en stödfamilj. Den person som stod (och på ett sätt fortfarande står) honom närmast är hans mormor, hon lever dessvärre inte längre. Henrik är dömd till rättspsykiatrisk vård och har när vi träffas första gången varit på avdelningen i två och ett halvt år. Ett par dagar per vecka har han permission och hjälper till på ett föreningscafé som en form av sysselsättning. Henriks psykiska funktionshinder beskriver han så här:

Henrik: Jag anser att jag är frisk, bara det att jag har en sådan djup kris med myndigheterna att jag begick den här handlingen och att jag tycker mig vara förföljd av dem. De skriver i pappren att diagnosen paranoid psykos gäller. Men jag är inte paranoid så att jag tror att vem som helst förföljer mig utan det är vissa som håller på och jävlas med mig. Jag har fortfarande den åsikten att jag varit arg på myndigheterna för att de håller på att förstöra mitt liv genom olika åtgärder. Det är psykiska problem jag har fått på grund av att de håller på, på det här viset och de trycker ner mig så att jag inte orkar med livet längre.

Irene

Irene är 45 år. Hon bor i lägenhet tillsammans med man och tre barn. Irene är uppvuxen i Rumänien och det är där hon har sina föräldrar, syskon, övrig familj

och vänner. De har en nära relation, men träffas enbart en gång per år då hon reser dit. Telefonkontakten är sporadisk på grund av kostnaden för samtalen. Irene har arbetspraktik på ett café inom ramen för sin sjukskrivning. Irene beskriver sitt psykiska funktionshinder så här:

Irene: Jag ville inte se ljuset eller solen, jag ville bara ha det mörkt. Jag har haft väldigt mycket starka lugnande tabletter. För jag hörde röster som blev värre och värre. Röster ur elementen som skriker till mig, stanna vi ska döda dig, vi har kniv, vi har pistol. Jag har hoppat från balkongen. Katastrof i mitt huvud, det blir krig här inne. Just nu är det väldigt bra, men ibland kommer det. Ängest. Jag tänker för mycket, jag blir arg, nervös och deprimerad, men sedan går det över.

Jonna

Jonna är 23 år och bor i egen lägenhet. Hon har nära kontakt med sin släkt och familj. Båda föräldrarna bor i samma stad som Jonna och de har i stort sett daglig kontakt. Jonna har fem syskon och två mosttrar med familjer som lyfts fram som betydelsefulla. Till familjen räknas även Jonnas sambo och deras tre katter. Jonna har brutit med många av sina gamla vänner. Hon har ett arbete på ordinarie arbetsmarknaden, men är av och till sjukskriven därifrån. Hon beskriver sitt psykiska funktionshinder så här:

Jonna: Jag hade tvångsbeteende kom det fram. Jag hade väl inte så jättelätt med förhållande heller. Jag litade inte på någon. Jag tog för givet att alla ville mig illa. Att det alltid var en baktanke med allt som någon sa. Det var ingenting som funkade när jag mådde dåligt.

Katja

Katja är 37 år, singel och bor i egen lägenhet. Hon arbetar inom ett vårddyrke och har fast jobb sedan flera år. Katja är uppvuxen tillsammans med båda sina föräldrar och sin syster. Föräldrarna hade missbruksproblem under Katjas uppväxt. Kontakten mellan Katja, föräldrarna och systemen beskriver hon som konfliktfylld. Hon beskriver sitt psykiska funktionshinder så här:

Katja: Jag har nog varenda diagnos man kan ha, depression, ångest, personlighetsstörning. Men ingenting av det har ju stämt. Jag har svårigheter att strukturera min dag. Jag klarar mitt jobb men sedan så är det en katastrof. Jag behöver hjälp med ekonomin, få någon ordning på maten och behöver veta vad jag ska ha för kläder i olika sammanhang för det har jag ingen aning om.

Dessa tio personer intervjuades tre gånger vardera med två undantag, Cornelia och Gunilla. Med Cornelia genomfördes enbart en intervju. Vi bokade in flera tillfällen för en andra intervju, men varje gång ringde hennes pojkvän i sista

stund och avbokade med hänvisning till Cornelias psykiska ohälsa. Vid varje telefonsamtal med Cornelia påtalade jag att hon hade möjligheten att avbryta sitt deltagande, men hon hävdade att hon ville fortsätta vara med. Eftersom det drog ut på tiden valde jag till slut, efter diskussion med min handledare, att skicka ett brev till Cornelia där jag tackade för hennes deltagande och berättade att jag inte hade möjlighet att invänta en tid för intervju med henne då jag måste gå vidare med studien. Gunilla intervjuades två gånger, därefter avslutade hon sitt deltagande, då hon inte mätte tillräckligt bra psykiskt för att låta sig intervjuas.

4.9. Studiens empiriska del

De följande fyra kapitlen består av en analys av studiens empiriska material. Det presenteras utifrån fyra nätverksgrupper som får gestalta det sociala stödet och dess betydelse för återhämtningen. De nätverksrelationer jag valt är; släkt och familj, vänner, arbets-/studiekamrater samt formella stödaktörer. Förutom teorierna om socialt stöd och återhämtning har de berättande intervjuerna och där särskilt betydelsekartan varit till stor nytta för mig i analysarbetet. Med betydelsekartan fick jag fylliga berättelser om varje relation informanten såg som betydelsefull i något avseende. Dessa berättelser tydliggjorde också det sammanhang inom vilken relationen fanns.

Varje resultatkapitel är tematiserat utifrån det jag tolkat vara främjande respektive hindrande för individen i att överbrygga sina svårigheter och kunna komma vidare i livet. Det inbegriper relationella aspekter samt olika stödformer, men också de kapaciteter och strategier individen utvecklar. Varje kapitel avslutas med sammanfattande reflektioner utifrån socialt stöd, relationella aspekter samt kapaciteter och strategier. Där kopplas också de huvudsakliga resultaten till fyra återhämtningsfaktorer:

- Få kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter
- Erhålla erkännande och acceptans
- Återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap
- Utveckla sin identitet och beseгра stigma

Dessa karaktäriserar vad individen strävar efter i återhämtningsprocessen och som omgivningen på olika sätt kan främja eller hindra.

KAPITEL 5

SLÄKT OCH FAMILJ

Inledning

I detta kapitel är släkt- och familjerelationer i fokus. Dessa relationer är av stor betydelse och förknippade med olika förväntningar och krav, vilka inte alltid infrias. Som stödkälla anses släkt och familj vara de viktigaste (Cassel, 1974). Kraven och förväntningarna på att en familj ska vara stödjande är knutna till samhälleliga normer och värderingar kring vad vi förväntas göra för varandra (Rönmark, 1999). En fungerande familj inbegriper och förutsätter att familjemedlemmar svarar upp mot varandras behov av stöd och hjälp. Just det faktum att de finns där för varandra, i synnerhet i krissituationer, verkar vara det som karaktäriserar att ”vara en familj” (Finch & Mason, 1993). För personer med psykiska funktionshinder kan närstående uppfattas både som orsaken till problemen och/eller betydelsefulla aktörer i återhämtningsprocessen (Topor, 2001). Vilka studiens informanter betecknar som släkt och familj och på vilket sätt de är betydelsefulla diskuteras i föreliggande kapitel.

5.1. Främjande faktorer

Detta avsnitt består av fyra teman; vardagligt sammanhang, mobiliserande stödformer, kvalitetsaspekter i stödrelationen samt strategier för att bibehålla den betydelsefulla relationen. I det första temat diskuteras det vardagliga sammanhang släkt och familj finns inom och dess värde för stöd och återhämtningsprocess. I det andra temat diskuteras tre mobiliserande stödformer; kompenserande, diskuterande och reflekterande samt motiverande stöd. Därefter lyfts relationella kvalitetsaspekter och dess betydelse för att stödet ska upplevas som stödjande fram. Avslutningsvis lyfts individens strategier fram och hur de används för att bibehålla den betydelsefulla relationen.

5.1.1. Vardagligt sammanhang

Socialt stöd är kopplat till det vardagliga livet, det sociala stödet utspelas i vardagen och behöver inte enbart relateras till hantering av kriser och reducering av psykiska svårigheter (Badr m.fl. 2001; Leatham & Duck, 1990). Det är också på vardagslivets arenor, i dess aktiviteter och relationer som återhämtningen försiggår. Den vardagliga kontexten som släkt- och familjrelationen finns inom är betydelsefull och har flera innebörder för individen och dennes sociala stöd och återhämtning.

Vardaglig samvaro som inte enbart är relaterad till de psykiska svårigheterna är betydelsefullt. Det kan vara olika vardagliga aktiviteter; se på tv, promenera, diskutera politik, besöka vänner, handla, laga mat, samtala, umgås etc. Detta belyses med ett citat från Irene. Hon har under en längre tid mått psykiskt dåligt, haft rösthallucinationer och varit deprimerad. Här i Sverige har Irene bara sin make och sina barn, övriga anhöriga (och vänner) bor kvar i hemlandet. Irene berättar om den sociala samvaron med sin släkt och familj när hon var och hälsade på där en sommar.

Irene: Jag har varit jättedålig, katastrofliv. Jag har inte sett någonting på två tre år. Jag ser inga människor, inget ljus, helt mörkt. Och sedan har jag varit i mitt hemland och jag har varit jättebra. // Alla är glada när de träffar mig. Vi sitter och pratar, skrattar och äter tillsammans. // Varje minut, sekund, timma har jag haft roligt i en och en halv månad. // Varje dag blev jag bättre och bättre. // Det kommer glädje hela tiden. // Jag mådde bra utan tabletter, för att jag har haft stöd från dem. // För att vi hade roligt hela tiden. Och sedan när jag kommer hit (till Sverige igen) mitt huvud är fullt med sådana bra saker, med glädje, med kramar, pussar och skratt. // Jag mår bra. Inte så deprimerad. Det försvann. // Jag är lättare, jag har glädjen inne i kroppen. // Jag är värd, jag tänker så.

Genom de gemensamma aktiviteterna med familjen kan svårigheterna reduceras utan att det egentligen handlar om ett uttalat formaliserat stöd (Rook, 1987 enligt Barnes & Duck, 1994). Det illustrerar det vardagliga umgänget som ett stöd i sig. Det finns inga uttalade intentioner om socialt stöd och umgänget är inte uttryckligen kopplat till de psykiska svårigheterna. Det är glädjen och gemenskapen i umgänget som Irene upplever som stödjande. Noterbart är att hennes familj i hemlandet inte vet om att hon har psykiska svårigheter, men ändå förmår vara stödjande. Det kan bidra till en välbehövlig distans från de psykiska svårigheterna där individen får andrum och kan tänka bort de svagheter och problem som annars så ofta står i centrum (Rook, 1990). Det blir tydligt då Irene berättar om hur de psykiska svårigheterna avtar under vistelsen.

Stödet som buffras i hemlandet genererar en kraft som Irene bär med sig hem till sitt ordinarie vardagsliv och bidrar till att de psykiska svårigheterna kan

hanteras och hållas undan. I hemlandet kände Irene sig som en del i gemenskapen. Känslan av att vara integrerad i sociala nätverk förser individen med resurser så hon/han bättre kan hantera eller helt undvika svårigheter när de uppkommer (Kessler 1986 enligt Skårner, 2001). Att vistas på platser och göra saker tillsammans med andra utan fokus på de psykiska svårigheterna är betydelsefullt för återhämtningen (Anthony, 1993; Roe & Chopra, 2003). I ett sådant forum undgår individen att bekräftas enbart utifrån rollen som psykiskt sjuk (Topor, 2008b).

Via vardagligheten sätts individen, men också de psykiska funktionshindren, in i ett större sammanhang. Detta tydliggörs i ett citat från Jonna där hon berättar om sina mostrar och hur de förhåller sig till henne och hennes psykiska funktionshinder.

Jonna: Båda två har stöttat mig väldigt mycket. De har varit på sjukhuset och eftersom vi jobbar ihop så har de märkt när jag har mått dåligt. Ami var den som bakade kakor och kom upp med hela tiden. Hon är en sådan person. Hon kunde ringa "jag har gjort en sådan god chokladkaka, jag kommer upp med några bitar i morgon" (illustrerar med en pigg och positiv röst). // Jag vet vid ett tillfälle, Ami tog hem alla mina kläder, både hemifrån mig och från sjukhuset och tvättade upp alltihop. Och sedan Christina och de på jobbet. Det livade upp stämningen lite när man kunde prata med dem när man låg därinne och de ringde som om ingenting. Och låter likadant, som de gjorde när de ringer och terrar en om man ligger hemma och är sjuk (med sjuk avses något annat än de psykiska svårigheterna).

I de främjande släkt- och familjerelationerna finns en betydelsefull kontinuitet både i form av gemensam historia och i umgänget dem emellan. Värdet med denna kontinuitet blir tydlig i ovanstående citat. Jonna var ofta hos sina mostrar som liten och de umgås fortfarande på fritiden, men de arbetar även tillsammans. Mostrarna har därmed följt Jonna över tid, både i perioder när hon mått sämre och bättre. Den täta och frekventa kontakten dem emellan har medfört en kännedom om varandra där de med enkelhet kan uppfatta förändringar i varandras mående. Den kontinuerliga samvaron på flera olika arenor i vardagslivet ökar möjligheten för spontant socialt stöd. På så sätt synliggörs svårigheter och kan åtgärdas innan de växer sig för stora och omfattande, men kanske också utan att individen behöver uttala sitt stödbehov (Badr m.fl. 2001; Barnes & Duck, 1994). Kontinuiteten utvecklar även relationen som sådan, vilket kan förstärka förtroendet mellan parterna. Det ger en kännedom om varandra som presumtiva stödgivare och i vilken mån den andre kommer att finnas där och erbjuda ett stöd när det verkligen behövs (Leatham & Duck, 1990).

Citatet visar också på hur de närstående finns där för Jonna i ett vardagligt samtal, med vardagliga beteenden och situationer. De pratar på om väder och vind, de tvättar och bakar kakor även om Jonna för tillfället befinner sig på psykiatrisk avdelning efter ett suicidförsök. De förhåller sig till det som om det vore en vanlig förkylning Jonna har. Dock utan mening att nedvärdera eller förminska problematiken. Ett sådant förhållningssätt bidrar till att vardagliggöra och normalisera psykiska svårigheter i samhället och minskar risken för stigmatisering och utanförskap. Mostrarnas förhållningssätt visar på att de enbart ser de psykiska svårigheterna som en aspekt av Jonna och hennes liv och reducerar henne inte till enbart en person med psykiska funktionshinder. Ett sådant bemötande kan bidra till att även individen (Jonna själv) kan se de psykiska svårigheterna som enbart en aspekt av identiteten, vilket främjar återhämtningen (Ridgway, 2001). Mostrarnas förhållningssätt kan ses som ett socialt stöd som bidrar till att Jonna kan se sig själv som en person i mängden och där deras gemenskap bidrar till att stärka hennes självbild. Det är betydelsefullt för människor att ingå i sociala enheter och bli en del av grupper gemenskap. Det är i vardagslika kontakter som en vi-känsla uppstår och individen kan identifiera sig med gruppen (Cooley, 1902/1981).

Utifrån ovanstående diskussion menar jag att fora där individen kan identifiera sig med något annat än en sjukdomsgrupp eller sina funktionshinder är stärkande och kan bidra till att främja det sociala stödet och återhämtningen. Samvaron med släkt och familj kan vara ett sådant forum. Relationerna finns i ett vardagligt sammanhang där individen i det sociala umgänget kan få visa andra sidor av sig själv än enbart de som är förknippade med de psykiska funktionshindren.

5.1.2. Mobiliserande stödformer

Tre olika stödformer diskuteras i detta avsnitt; kompenserande, diskuterande och reflekterande samt motiverande stöd. För att kunna hantera och överbrygga de psykiska funktionshindren behövs olika former av stöd. Samtliga de stödformer som ses som betydelsefulla har ett mobiliserande inslag, där individens egen förmåga och kapacitet tas tillvara och kan utvecklas. Det blir tydligt att det inte enbart handlar om *vad* som görs utan också *hur*. Det mobiliserande stödet inbegriper således ett förhållningssätt i relationen som kan sägas ha inslag av empowerment inbyggt. Via empowerment stärks möjligheten för individen att se sina egna förmågor och sin egen makt (Fitzsimons & Fuller, 2002). Egenmakten

är en viktig aspekt i återhämtningen, därför kan det mobiliserande stödet förstås som främjande för denna process (Velpry, 2008).

5.1.2.1. Kompenserande stöd

Det kompenserande stödet inbegriper det individen för tillfället inte klarar själv på grund av sina psykiska svårigheter. Denna stödform är ofta kopplad till praktiska göromål, sysslor som hör vardagen till såsom städa, laga mat, tvätta, handla etc. Den egentliga förmågan att utföra sysslorna saknas sällan. Det handlar mer om att de psykiska svårigheterna medför en bristande initiativförmåga där det blir svårt att komma igång och få någonting gjort. De närstående kan under längre eller kortare tid utföra dessa sysslor och tar på det sättet över det individen för tillfället inte klarar själv. Det ska inte förväxlas med det stöd som benämns som ”för mycket stöd”. Där tar andra över sådant individen har en faktisk förmåga att klara själv¹². Det är en balansgång som kräver lyhördhet inför föränderligheten i den förmåga/oförmåga som är förenad med psykiska funktionshinder. Samtliga informanter har under perioder behov av denna form av kompenserande stöd när det gäller de praktiska göromålen.

För att belysa vikten av denna stödform används Jonna som exempel. När de praktiska sysslorna inte blir utförda finns risken att de psykiska svårigheterna förvärras. Jonna berättar hur det kan bli som en ond cirkel när hon inte orkar eller förmår ta tag i det som behöver göras, när allting runt omkring verkar förfalla. Vissa dagar kan hon bli liggande i sin säng och inte orka ta sig upp, inte duscha eller klä sig och än mindre städa. Anblicken av hur det ser ut runt omkring henne får henne att må ännu sämre. Om hon mot förmodan tar sig ut från hemmet blir det än värre när hon kommer hem och får se hur det ser ut. Det kompenserande stödet som hennes föräldrar bistår med är betydelsefullt och underlättar hennes vardag. Exemplet är hämtat från när Jonna var inlagd efter ett av sina suicidförsök.

Jonna: Både han (pappa) och mamma har skött allting utanför, som när jag har legat inne, så har de tagit hand om allt som jag har släppt. Alla räkningar och lägenhet och katter och de har skött alltihop. // Så jag känner att hade de två inte orkat så hade det nog varit illa med allting. // Om jag nu inte hade haft dem, så hade nog mycket annat rasat. För räkningar och sådant jag sket i alltihop. Det var det minst viktiga. Så det var mycket sådant de gjorde och som man kanske hade skitit i annars.

¹² Se vidare i avsnitt om hindrande faktorer.

Citatet visar hur Jonnas föräldrar tog hand om de praktiska sysslorna när hon själv inte förmådde det. Att de för tillfället tog över medförde att Jonna istället kunde fokusera på sig själv och sitt psykiska mående. Det kompenserande stödet har inte bara en underlättande effekt utan även en förebyggande sådan. Om inte räkningar betalas, bostad sköts etc. kan det få stora konsekvenser (kronofogden, vräkning m.m.) för individen. Att ha mat, kläder, husrum, ekonomi och tillgång till stödinsatser är grundläggande för återhämtningen (Borg & Topor, 2008). Materiella förutsättningar påverkar individens möjlighet att återfå sin identitet som fullvärdig medborgare i samhället (Topor, 2001). När det finns brister i det kompenserande stödet och individen blir av med hus och hem eller drabbas av stora skulder, för det individen ännu längre bort från rollen som fullvärdig medborgare. Det är på det sättet det kompenserande stödet fungerar förebyggande då det skyddar individen från negativa effekter (Vangelisti, 2009).

5.1.2.2. Diskuterande och reflekterande stöd

Diskuterande och reflekterande stöd syftar till att få ett vidgat perspektiv och se nya sidor av sig själv och/eller sin situation. Flera av informanterna påtalar hur lätt det är att, som person med psykiska funktionshinder, fastna i det som är problematiskt och hindrande. I det hänseendet är det betydelsefullt med personer som förmår visa andra nya sidor man tidigare inte sett eller uppmärksammat. På det sättet kan individen komma igång och se såväl livet som sig själv med andra ögon och inte bara som en person med ett liv fyllt av problem och svårigheter. Med de nya perspektiven kommer också en förbättrad psykisk hälsa vilket tydliggörs i Dittes beskrivning av det stöd hennes pojkvän är. I situationer som vanligtvis stressar upp Ditte, eller får henne att fastna i det negativa och svåra, kan pojkvännen inge lugn genom att visa på andra sätt att tänka eller känna.

Ditte: Det är min pojkvän och han är väldigt viktig för mig. För han har fått mig att se livet på en helt annan sida än jag någonsin gjort tidigare. // Och se mig själv som en helt annan människa. // Istället för det där mörka som jag alltid har fått se. Han får mig att komma igång, komma ut, vilja gå ut. Och han piffar upp mitt dåliga självförtroende väldigt mycket när jag har varit nere i de här "underbara" svackorna som jag har. För jag är ju nere i svarta havet. Och då trycker han upp mig så mycket han kan. // Han är lugn som en filbunke. Det får mig även lugn. När inte någon river upp eld och hav och allt vatten så blir det som att jag sjunker ner i det där lugna också. Han har tröstat och stöttat mig på alla vis han har kunnat.

En tilltro till (och erfarenhet av) att andra alternativ och synsätt finns tillgängliga är främjande för återhämtningen (Anthony, 1993; Carpenter, 2002). I exemplet ovan visas det hur Dittes psykiska hälsa förbättras när pojkvännen genom att

visa på alternativa sätt att tolka situationer lyfter upp henne ur det svåra och destruktiva. Hon förmår då se livet och sig själv på ett mer positivt sätt. Ett stöd som även bidrar till att hon blir mer aktiv. När det, som för Ditte, finns en möjlighet att tillsammans med andra ventilera sin situation, kan det ge ökad insikt och mer nyanserad förståelse för den egna situationen (Breier & Strauss, 1984). Denna stödform kan föra individen ett steg längre bort från den problematiska situationen eftersom hon/han finner nya alternativa sätt att förstå och hantera sitt liv på, som i större utsträckning bygger på positiva aspekter hos individen än på dennes hinder och svårigheter.

Det att individens egen kraft och förmåga utvecklas kan betraktas som den mobiliserande aspekten i denna stödform. I flera av informanternas berättelser visar det sig hur betydelsefullt det är att diskutera och bolla olika åsikter med andra, för att därigenom finna egna argument för sin ståndpunkt och fatta egna beslut. På det sättet ger det diskuterande och reflekterande stödet ökad kraft och förmåga att ta tag i det som behöver göras och fatta de beslut som måste fattas. Gunilla berättar om hur hennes mamma, utan att ta platsen som den aktiva och drivande, kan motivera henne att själv ta tag i olika situationer. Det går till så att mamman först lyssnar, därefter diskuterar och låter Gunilla finna egna argument och slutligen själv göra sitt val eller fatta sitt beslut. Det ger henne, som Gunilla beskriver det, styrka att ta nya tag och kunna förändra sin situation. Dessa diskussioner kan också bringa ordning och struktur i individens tankar. När de närstående låter individen pröva sina egna tankar och idéer och utifrån det ger olika möjliga tolkningar av situationen, kan de bidra till ett meningsskapande av det individen varit med om (Topor, 2001). Förutsättningen för att det ska verka mobiliserande är att den närstående framställer sina tankar och åsikter just som ett alternativt synsätt och inte det enda rätta.

De närstående som bistår med detta stöd framstår som mentorer/förebilder¹³. De förmår lyfta fram individens egen förmåga och styrka, men bidrar också genom att balansera upp krav och förväntningar som individen har på sig själv. Erik berättar att han ofta har höga krav på sig själv, men genom att spegla sig i exempelvis sina kusiner kan han sänka dessa krav till en mer rimlig nivå. Mentorer och förebilder behöver inte alltid vara fysiskt närvarande. De kan i sin frånvaro bistå med detta reflekterande och diskuterande stöd. Både Ditte och Henrik berättar om sina mormödrar, som inte lever längre, men som ändå är betydelsefulla som stödpersoner. Jag har valt ett citat från Henriks berättelse för

¹³ Vissa av informanterna använder själva detta uttryck i sin beskrivning av dessa personer.

att belysa hur detta stöd fungerar. Enligt Henrik var mormodern den enda person som under hans uppväxt fanns där för honom (tillsammans med en dagmamma).

Henrik: Det är en person som är positiv i min värld, för hon har hjälpt mig och pratat med mig mycket. // Det var om hur livet går och hur hon tyckte att hennes liv hade varit och goda råd. // Det var mycket positivt att prata med henne. // Det var att hon var rättfram, hon knusslade aldrig med vad hon tyckte och tänkte om personer och sådana saker. Och ärlighet det uppskattar jag ifrån alla människor. // De (mormodern och dagmamman) har bidragit till att jag har blivit en starkare person psykiskt. Att jag själv vågar säga vad jag tycker och tänker. Även om man får motgångar från många personer, eftersom man anser att det är på något annorlunda sätt så vågar jag i alla fall stå för vad jag tycker. // De har gjort mig till en starkare person och det lever kvar fortfarande.

Att närstående kan fungera som mentorer och förebilder utan fysisk närvaro kan kopplas till det Miller & Berlin Ray (1994) benämmer minnesvärda stödbudskap. Det är budskap individen fått med sig sedan tidigare i livet och som påverkar livet som helhet. Budskapen kan återkallas när det behövs och blir en buffert. Utifrån en inre dialog kan Henrik resonera sig fram till hur mormodern skulle ha agerat i frågan. Bakgrunden till att hon fortfarande kan vara ett stort stöd för honom är hur hon agerade då hon var i livet.

5.1.2.3. Motiverande stöd

Flera av informanterna upplever ångest och oro som försvårar för dem att ta sig ut ensamma för att t.ex. handla, gå till posten, promenera eller aktivera sig på annat sätt. Dessa hinder kan överbryggas genom att närstående fungerar som igångsättare och ingjuter mod i individen så att hon/han kan och vågar göra det hon/han vill och behöver göra. Detta stöd kallar jag motiverande stöd. Gunilla har panikångest vilket medför svårigheter för henne att ta sig ut ur lägenheten ensam. Blotta vetskapen om att hennes mamma finns där för henne kan inge mod. Om panikångesten blir för stark kan ett telefonsamtal till mamman motivera henne att utföra det hon föresatt sig utan att behöva avbryta och rusa hem. Ett annat exempel är från Jonna. Här är det motiverande stödet från mamman kompletterat med ett starkt fritidsintresse som möjliggör att de psykiska svårigheterna kan överbryggas.

Jonna: Och så började jag med en kompis och så slutade hon och då kände jag så här, ska jag behöva gå dit själv, för det var då jag inte gick på stan själv. // Det var inte det att komma dit eller vara där själv // Men just det att gå från köpcentret över till lokalen där. Att jag skulle behöva gå dit själv, passera torget, usch, ja. // Jag ville dansa. Jag ville inte lägga ner det. Jag tog upp det lite med mamma, men hon var på mig, "det har du alltid velat, så lägg nu inte ner det här". Men första gången vet jag då var jag lite tidig, då gick jag in i en av

affärerna i köpcentret och det skulle jag aldrig ha gjort annars. Men mamma var i telefonen hela tiden. Jag gick och pratade med henne samtidigt som jag passerade runt i köpcentret. // Vi sa inte så mycket när jag gick runt i affären ens. Utan det var sedan när jag kom ut så sa jag bara "nu har jag gjort det" och hon visste inte att jag gick i affären. // Så sa jag till henne "nu har jag varit inne i en affär" (förbluffat tonläge), jag var jättelycklig.

Det motiverande stödet minskar risken för isolering. Utan detta stöd finns risken att individen inte hade tagit sig ut från hemmet. De närstående tar inte över och utför de ärenden som ska göras. De utgår från att individen själv har förmågan. När individens egen förmåga sätts i fokus, stärks egenkraften och tilltron till den egna förmågan. Såsom det sociala stödet framträder här reducerar det ångest hos individen och ger ny energi som skapar förutsättningar för förändring (Skårner, 2001). Det motiverande stödet kan tolkas som en uppskattning från de närståendes sida. De ser resurser och förmågor hos individen hon/han för tillfället själv har svårt att se. Sådant stöd, esteem-support, är särskilt viktigt då individen gör en bedömning av huruvida hennes/hans förmågor är tillräckliga för att klara av den uppkomna situationen (Sarafino, 1994). Det sätt på vilket de närstående inger mod och inspirerar individen att ta sig över de hinder och svårigheter som finns mobiliserar de egna krafterna och förmågorna. Att få bekräftelse på de framsteg man gjort och de nya steg man står i begrepp att ta ökar motivationen, vilket är en betydande aspekt för återhämningsprocessen (Breier & Strauss, 1984).

5.1.2.4. Sammanfattande reflektioner

Samtliga de ovan presenterade stödformerna har mobiliserande inslag och det är individens egen kraft och förmåga som är central. Med en sådan utgångspunkt kan hinder och svårigheter överbryggas och egenmakten förstärkas. En förutsättning är att det stöd som ges är förenat med ett *hur*. I vilken mån det stöd som ges kommer att ha mobiliserande effekter och uppfattas som stödjande är avhängigt av *hur* det mobiliserande stödet ges och vilket förhållningssätt stödgivaren har. Vilket för oss över på de kvalitetsaspekter i stödrelationen som visats sig ha betydelse.

5.1.3. Kvalitetsaspekter i stödrelationen

I materialet utkristalliserades fyra kvalitetsaspekter; kontinuitet, trygghet och tillit, acceptans och ömsesidighet. Dessa är betydande för stödrelationen och för

hur återhämtning kommer att te sig. Kontinuitet är den aspekt som inleder avsnittet i och med att det är en viktig grund i en trygg och tillitsfull relation. Hur trygghet och tillit kommer till uttryck och vad det tillför individen följs av undertemat acceptans. En acceptans för såväl individen som dennes psykiska funktionshinder. Avsnittet avslutas med en diskussion om ömsesidighet och hur betydelsefullt det är att inte alltid behöva vara i en mottagande position utan att också få vara en person som är efterfrågad och behövd.

5.1.3.1. Kontinuitet

Familje- och släktrationer är långvariga relationer som mer eller mindre funnits under hela livet. Det medför en kännedom om varandra och i viss mån gemensamma erfarenheter av vad som skett under vägen. I bästa fall kan denna kontinuitet underlätta stödutbytet (Topor, 2001). Ett citat från Gunilla får gestalta detta. Hon beskriver relationen till sin mamma och på vilket sätt hon är stödjande för henne. Mamman är en av de få förtrogna som finns i Gunillas liv och som funnits där över tid.

Gunilla: Jag har haft tur, jag har haft min mamma som har stöttat mig väldigt mycket. // För det har varit drastiska grejor i mitt liv. Då har mamma funnits, hon har vetat om helhetsbilden hela tiden. // Hon vet hur allting har varit och hur jag har mått. // Hon kan verkligen förstå, hon hör så fort det är någonting som inte stämmer. Då ifrågasätter hon det. Jag kan inte ljuga för henne eller dölja någonting för det genomskådar hon hur lätt som helst. // Och det är det nog ingen annan som gör. // En som känner till saker och ting vänder man sig också till, än en som inte vet någonting, det är genast svårare. // Man kanske faller in i det här tänkandet då på det som har varit, gamla grejor. Det försvinner inte ur ens minne så lätt. Man får tankar och grubblerier kring det.

Citatet belyser tre sätt på vilka kontinuitet kan främja stödprocessen. För det första ger den en helhetsbild av situationen. Denna överblick över livet som helhet är kopplad till den vardagliga kontexten. Där kan bilden av Gunilla som något mer än en person med psykiska funktionshinder framträda. För det andra ger kontinuiteten en möjlighet att uppmärksamma mönster och förändringar i individens mående. Gunilla berättar hur hennes mamma direkt kan känna av varje nyans och skillnad på ett sätt som andra inte gör. Fördelen med det är att närstående kan agera symtomvarnare och se tidiga tecken vilket kan hjälpa individen att hantera sina symtom och undvika problemskapande situationer (Breier & Strauss, 1984). Samtidigt ser jag en fara med det. Det kan leda till att de närstående i för hög utsträckning uppmärksammar nyanser i måendet och tolkar dessa som psykisk försämring. Risken finns att allt de ser förstoras och psykologiseras, vilket kan påverka återhämtningsprocessen i en negativ riktning.

Det tredje sättet på vilket kontinuitet kan bidra är att den minskar risken för att individen ska fastna i destruktiva tankar. Det är något som annars kan ske när individen måste upprepa sin historia om och om igen för olika personer. Gunilla beskriver i citatet hur svårt det är att ta sig ur de destruktiva tankarna när de väl har tagit plats, vilket i sin tur kan bidra till ökad psykisk ohälsa. Detta är ett av skälen till varför hon helst vänder sig till personer som har kännedom om hennes historia och problematik sedan tidigare. Sammantaget kan kontinuiteten i relationen underlätta stödprocessen. Dels genom att det blir lättare för individen att be om stöd, dels för att de närstående lättare kan uppmärksamma de stödbehov som uppstår.

5.1.3.2. Trygghet och tillit

Känslan av trygghet och tillit i relationen till de närstående framstår i materialet som betydelsefullt. Dessa är i sig viktiga aspekter i stödrelationen (Skårner, 2001). Det är lättare att vända sig till personer man känner tillit till med sina svårigheter eller sin stödförfrågan. Trygghet och tillit växer fram ur samhörighet där det finns tilltro till att man finns där för varandra. En relation där man känner sig välkommen och som är fri från konflikter. Ett exempel på hur känslan av trygghet och tillit kommer till uttryck hämtar jag från Eriks berättelse om vad det är som gör att han finner sina släktingar så betydelsefulla för honom. Ett fåtal av dem bor på samma ort som Erik, men de flesta bor många mil bort. Det finns en kontinuitet i deras samvaro och kontakt även om umgänget inte är särskilt frekvent.

Erik: Man kan alltid åka och hälsa på sina kusiner de finns där. // Det är en styrka att man känner sig välkommen i släkten så att säga. // Det är nog det mest positiva som kan motverka det här (den psykiska ohälsan) och det är att man har en samhörighet och ett stöd därifrån. // Att man på något sätt mår bättre, ju närmare sina släktingar man kommer. // Det hänger jag upp väldigt mycket på att ha en fungerande släkt det betyder mycket. // Jag har väl alltid kommit ganska bra överens med släktingar och värdesatt dem också. Det har aldrig funnits någon osämja i släkten. // Och sedan man kan spegla sig själv lite grann i vem man är. Så man inte glömmet det.

Citatet visar hur relationen till släktingarna ger honom en styrka som individ och med det förbättrad psykisk hälsa. Min tolkning är att det är tryggheten i relationen som bidrar till det. De finns där för varandra via den samhörighet Erik beskriver. De närstående är för honom en fast punkt i tillvaron där han alltid är välkommen. Via det trygga och tillitsfulla klimatet, fritt från konflikter upplever Erik ett stort stöd. Trygghet och tillit byggs upp av de reaktioner en individ får

på det hon/han anförtror sina närstående, men också genom erfarenheter av att stödgivaren visar känslighet inför individens behov (Holmes & Rempel, 1989).

Detta blir än mer tydligt när informanterna berättar om hur deras närstående står kvar för dem även i de mest svåra och komplicerade situationerna utan att relationen riskeras. Det är när släkt och familj ställer upp för varandra i svåra krissituationer som man kan säga att en familj faktiskt existerar (Finch & Mason, 1993). För att belysa det lyfter jag fram ett avsnitt när Jonna berättar om sin pappa. Jonna är inlagd efter ett av sina suicidförsök och berättar för sin pappa att hon inte vill leva mer.

Jonna: Han har en väldig koll på saker och ting så det blir inte kaos. När det rasar för mig så kan han även ta det till sig, utan att det rasar för honom i alla fall, han är stabil på det sättet. // Han är inte känslökall heller. För det vet jag vid ett tillfälle när jag låg inne. När jag hade vaknat upp, för jag hade tagit tabletter, så satt han där och så frågade han mig någonting, och så svarade jag honom att jag inte ville leva. Då såg jag på honom att han höll på att bryta, eller började gråta, och då kände jag det "vad fan har jag sagt nu?" Då rubbade jag lite hos honom. Han skulle kunna visa att han börjar gråta, han skulle inte dölja det, men han skulle ändå ha koll på allting. Sedan vet inte jag vad som hänt bakom min rygg, det kan ju hända att han har legat sömnlös, men han har inte visat det för mig att det har blivit ett problem för honom, om det nu har blivit det. För ofta är det så. Att när någon i släkten mår dåligt så kan familj eller familjemedlemmar ofta lägga över det på de som mår dåligt. Det har jag sluppit att höra.

Ur pappans trygghet och stabilitet utvecklas Jonnas känsla av trygghet då han förmår överföra sitt lugn till henne. Trots denna krissituation stod han kvar, stabil och trygg utan att fördöma, skuldbelägga eller försvinna ur relationen. Just det att familjen står kvar och inte viker från individens sida oavsett vilka påfrestningar som uppkommer upplevs som stödande. Det signalerar trygghet till individen om att hon/han duger. Jonna förstod hur hårt det tog pappan när hon sa att hon inte ville leva längre. Sådant stöd som kostar på, är särskilt verkningsfullt och kan vara en grund till att tillit kan utvecklas i en relation (Cutrona, 1996). Tillgång till personer som finns där närhelst individen behöver, personer som visar tilltro till individen även när hon/han själv vacklar, som uppmuntrar utan att pressa, försöker lyssna, förstå och lugna ner är betydelsefulla för återhämtningen (Anthony, 1993; Borg, 2008). På det sättet ger en trygg och tillitsfull relation individen styrka och kan minska de psykiska svårigheterna och främja återhämtningen. Den trygga och tillitsfulla relationen underlättar också stödsökandet. Det är lättare att vända sig till personer man litar på för att få den hjälp man behöver. En förutsättning är dock att man känner sig accepterad som den person man är med de hinder och svårigheter man har.

5.1.3.3. Acceptans

Känslan av att vara accepterad är betydelsefull för upplevelsen av stöd (Samter, 1994). Även i mitt material framträder acceptans som en viktig kvalitetsaspekt i den stödjande relationen. Samtliga informanter vill accepteras som de individer de är med både svårigheter och resurser. De kan då känna att de duger som de är och slipper förställa sig eller spela en roll, d.v.s. bekräftas som dugliga just så som de är. Informanterna menar att en förutsättning för acceptans är att andra har vetskap om den psykiska problematiken. Deras uttryckliga ambition är att vara öppna med sina psykiska svårigheter samtidigt finns det en oro hos dem för hur det ska tas emot och hur det kan påverka relationen.

Känslan av acceptans kan uppnås på två sätt. Dels genom närståendes sätt att förhålla sig till individens psykiska funktionshinder i relation till just individen, dels utåt mot omgivningen. När närstående, inte bara inför individen utan även inför andra, visar att de inte skäms vare sig för individen eller dennes problematik förstärker det känslan av acceptans hos individen. Jonna beskriver det på följande sätt.

Jonna: Det där att man pratar för personens bästa inte för att man tycker att personen är löjlig. // Och sedan är det nog det att alla runt omkring på mammas sida, de visste också. De behövde inte dölja det för någon. // Om de inte hade accepterat det och försökt hålla tyst om det. Jag hade nog blivit knäck tror jag. Om de hade förnekat det då hade jag nog inte mått bra. // För då hade det varit lite att de skäms för att det skulle hända i vår familj.

Föräldrarnas öppenhet med och acceptans av Jonnas psykiska svårigheter utåt mot omgivningen blir ett stöd för Jonna som främjar hennes psykiska mående och därmed återhämtningen. En aspekt av återhämtningsprocessen är att återerövra sitt ”förlorade jag”, d.v.s. att hämta sig från såväl sjukdomens effekter som från dess konsekvenser. I det ingår att känna en säkerhet i relation till andra (Topor, 2001). Detta tycker jag illustreras av ovanstående exempel. När individen upplever att hon/han accepteras och duger för andra (men också för sig själv) uppnås denna säkerhet i relation till andra personer. Det kan minimera de annars stigmatiserande konsekvenserna av psykiska funktionshinder som individen har att hantera.

Acceptans inkluderar även uppvisad respekt för individen och dennes problematik. Det kommer till uttryck genom att individens erfarenheter och känslor tas på allvar och inte nedvärderas, förminskas eller förlöjligas. I en stödsituation kan det visa sig genom att den närstående finns där för individens skull och på dennes villkor. Detta illustreras med ytterligare ett citat från Jonna.

Jonna: Man måste acceptera att det kan vara jättejobbigt. // De (föräldrarna) har inte klassat mig som dum. För ofta som man har fått hört om många andra så är det liksom "ryck upp dig nu" "gnäll inte över det" "vad barnslig du är när du tänker eller beter dig så". Jag har aldrig fått höra det av dem. Som när jag stod ute och rökte när jag såg exet och hans tjej. När vi kom till ÖB sedan så började jag gråta. Och just det där att mamma inte sa till mig "sluta" utan att hon ställde mig i ett hörn och sa "gråt nu tills du är färdig" och gick och hämtade servetter till mig. Sedan att jag skämdes, men hon skämdes inte. // Det fanns ingen mening att avbryta och säga till mig att rycka upp mig för då hade jag bara velat gå ut därifrån. Fick jag bara gråta av mig de här minuterna så var det bara att traska vidare.

När mamman agerar utifrån Jonnas villkor och visar acceptans för hennes erfarenheter och känslor stärker det Jonna i hennes återhämtning. Svårigheter och hinder överbryggas med större enkelhet jämfört med om närstående förringar svårigheten och/eller hävdar sitt eget perspektiv om vad som är det rätta. Acceptansen och agerandet ger individen positiv bekräftelse vilket kan benämnas som ego-support (Samter, 1994).

Andras acceptans öppnar upp för förändring och förbättring för individen (Topor, 2001). Genom att visa förståelse för vad personen går igenom ökar möjligheterna för att individen ska acceptera sig själv (Breier & Strauss, 1984). Det har med individens identitetsutveckling att göra. Individens uppfattning om sig själv och omvärlden formas genom interaktion (Thorsén, 1992). Det är i samspel med andra människans värde växer fram (Berg m.fl. 1982). Genom att spegla sig i andras uppfattningar skapas självbild och identitet. Detta sker främst genom primärgruppen (Cooley, 1902/1981) eller för att använda Meads (1934/1976) begrepp signifikanta andra (t.ex. familjemedlemmar och andra närstående). Av det skälet kan närståendes acceptans bidra till en mer positiv självbild och den önskade självacceptansen. Positiv bekräftelse stärker förhoppningen hos individen om att åter kunna integreras i samhället och tillhöra ett normalt sammanhang (Breier & Strauss, 1984). Jag ser det dock som viktigt att vara på sin vakt när det gäller acceptansens återspeglning på självbilden. En acceptans och bekräftelse som för starkt fokuserar på individens svårigheter och hinder kan förvärpa och befästa svårigheterna och därmed hämma återhämtningen.

5.1.3.4. Ömsesidighet

I materialet visar det sig att relationer som präglas av ett givande och ett tagande är eftersträvansvärt och gynnar återhämtningen. Att ha ett psykiskt funktionshinder medför ofta ett stort stödbehov och informanterna ser gärna att

de närstående finns där för dem. Samtidigt finns risken för ett (stöd)beroende och påfrestningar på identiteten. För att minska dessa risker är ömsesidighet viktigt då det balanserar relationen. Betoning antingen på givande eller mottagande, kan ha negativ påverkan på relationen därför söker sig människor till relationer som är såväl givande som tagande (Fyrand, 1998). En relation i obalans försätter också individer i moralisk skuld vilket är förenat med negativa känslor som individen vill undvika (Uehara, 1995). Samliga informanter har en uttryckt vilja om att återgälda det stöd de får från sina närstående, men också kunna vara den som bistår med stöd. Ditte beskriver den ömsesidighet som finns i relationen mellan henne och en av hennes systrar som även hon mår psykiskt dåligt i perioder.

Ditte: Hon försöker trösta mig när jag mår dåligt och jag tröstar henne. Så att vi har stöttat varandra väldigt mycket. // Hon har funnits för mig och nu vill jag finnas för henne. Nu behöver hon mig och då finns jag här.

I citatet framstår med vilken självklarhet ömsesidigheten kommer till uttryck mellan systrarna i deras stöd till varandra. Det kan ses som det Espvall (2001) benämner insättningsstrategi. Denna strategi går ut på att båda parter blir förbundna att ge varandra stöd, vilket i släkt- och familjerelationer ofta sker över tid. Det är kopplat till det moraliska krav som är förenat med gåvor och gengångors symboliska funktion (Malinowski, 1922 enligt Komter, 1996). När båda, såsom Ditte och hennes syster, ger varandra stöd knyts de till varandra genom ett nät av känslor och tacksamhet (Komter, 1996). På det sättet kan individen genom att ställa upp för andra påräkna fortsatt stödmottagande (Finch & Mason, 1993).

Breier & Strauss (1984) menar att en individ i takt med att hon återhämtas, förändras från en person som enbart mottar stöd till en person som ser det som viktigare och viktigare att dela med sig och ge andra stöd och hjälp. Jag vill dock poängtera att jag anser att denna vilja finns under hela processen, men att det är förmågan som kan saknas i perioder av psykisk ohälsa. Jonna berättar om det stöd hennes familj var (och är) och hur tacksam hon är för detta stöd.

Jonna: Jag tog för givet att de gav mig, det var lite så. Jag kunde inte, jag sa tack men hur jag menade det, det vet jag inte. Jag har förträngt så mycket av hur jag kände när jag mådde dåligt. Jag vet inte vad jag tänkte själv. // Det enda jag vet är att jag är tacksam för allting nu, det kommer nu. Och utan ångest kommer det, för det är ingen som har sagt att de ska ha tillbaka. // Jag var krävande, eller jag tog tid av dem, så det är inget, men att slippa höra det, eller få det slängt på sig. // Så det är nu jag kan visa. // Jag köpte varsin blomma till mamma och pappa, vanlig blomma. // Och så skrev jag i kortet att jag inte kunde beskriva med ord hur tacksam jag var för allt de hade ställt upp med.

Citatet visar på svårigheten att just i situationen visa sin tacksamhet och återgälda det stöd man får utan att det kommer senare när individen mår bättre. Den ömsesidiga relationen innefattar ett utbyte. Detta utbyte behöver inte ske i direkt anslutning till det givna stödet utan kan ske över tid. Det behöver heller inte vara av samma slag. Individen kan bistå med det hon/han kan och har förmåga till, när det behövs och/eller utifrån vad den andre behöver (Finch & Mason, 1993). På det sättet kan Jonna bibehålla balansen i relationen även om det sker med en viss fördröjning. Att balansen kunde bibehållas främjades också av att familjen inte uttryckte några krav på återbetalning just då Jonna mårde dåligt. På det sättet minskade den moraliska skulden (Uehara, 1995). Krav på tacksamhet och återbetalning kan upplevas stressande och pressande och ge skuld känslor hos individen och verka hindrande. Tack vare det förhållningssätt Jonnas familj visade gentemot henne undveks dessa känslor. Hon kunde istället använda sin kraft och sin energi på att återhämta sig. När individen undgår att hela tiden vara stödmottagare minskar hotet mot identiteten (Topor, 2001). När individen både erhåller och kan ge andra något, ger det en känsla av att vara accepterad och värderad som människa (Komter, 1996; Mauss, 1972).

5.1.3.5. Sammanfattande reflektioner

De kvalitativa aspekterna i stödrelationen bidrar på olika sätt till att det stöd som utbyts också kommer att upplevas som stödjande. De relationella kvaliteterna inrymmer också aspekter som främjar återhämtningen då de bidrar till att minska stigmatiserande effekter av det psykiska funktionshindret och för individen från sjukrollen närmare medborgarrollen. Ett resonemang som utvecklas i slutet på detta kapitel. I och med att dessa släkt- och familjerelationer kan främja stöd- och återhämtningsprocessen finns det givetvis stora skäl att bibehålla relationen. Psykiska funktionshinder och det stödbehov som det innebär påverkar relationen på olika sätt och det finns stor risk att den går förlorad. Av det skälet utvecklar individen olika strategier för att inte riskera den.

5.1.4. Strategier för att bibehålla den betydelsefulla relationen

Informanterna är mycket väl medvetna om att deras psykiska funktionshinder påverkar de närstående. Det är som Irene säger, när en av familjemedlemmarna mår psykiskt dåligt påverkas hela familjen. De har alla sett sin familj reagera, ta illa vid sig, känna sig sårade, må dåligt, bli ledsna och oroliga. När man känner

att man sårar sina närstående följs det av dåligt samvete och skuldkänslor. De mest kaotiska och krisartade situationerna sätter djupast spår och ger de största skuldkänslorna. Informanterna är medvetna om den belastning det kan innebära att vara stödgivare för en person med psykiska funktionshinder. Det är tydligt för dem att relationen kan hotas om belastningen blir för stor. Som stödgivare orkar man inte vara en del av svåra situationer med hårda ord, depressiva tankar, destruktiva handlingar m.m. hur länge som helst (Badr m.fl. 2001). Eftersom informanterna har stort behov av sin släkt och familj, inte bara som stödgivare, blir det viktigt att försöka bibehålla relationen. I materialet har jag funnit två strategier som individen utvecklar för att bibehålla den betydelsefulla relationen; minska belastningen samt kompensera och gottgöra.

Den första strategin, att minska belastningen, handlar om att undanhålla information om sitt psykiska mående, sin situation och sitt stödbehov. För att förskona sina närstående avhåller informanterna sig från att berätta alltför detaljerat om sina psykiska problem. Även om Gunilla har en nära och förtrolig relation med sin mamma, förskonar hon henne genom att inte berätta fullt ut om hur hon mår.

Gunilla: Jag vill inte gå in på det för att jag ser på min mamma att hon mår dåligt av det. Efter allt jag har gått igenom och hennes tös då så att säga. // Hon vet väldigt mycket men hon kanske inte förstår själva biten om vissa saker som att man har varit på ett behandlingshem och suttit i fängelse, förstår inte hur man upplevs i sådana situationer. Och det vill jag förskona henne från att prata om. Jag märker det på mamma att hon kan säga saker, ”ja men då satt jag i fängelset” svarar jag då. Och då tar hon väldigt illa vid sig.

Ett annat sätt är att spela en roll och låtsas må bättre än vad man gör något som ett citat från Irene får illustrera.

Irene: Jag vill inte att mina barn ska se mig så här, men hela tiden (drar upp munnen i ett leende). // För att om jag är ledsen, om jag gråter, vad gör jag mina barn, det är fruktansvärt. // Man måste lura barnen. Vi ska göra någonting, jag ska bli glad eller baka eller vi ska lyssna på musik och dansa. Så att de blir glada mina barn. // Hela tiden ska jag skratta. Jag är tvungen, det är inte med glädje. // Det är svårt. // Man blir jättetrött. Om jag är jättemycket ledsen och jag skrattar, det är jobbigt. // Bara man kan göra skådespel, jag gör så här som en skådespelare.

Den andra strategin, att kompensera och gottgöra, är i mitt material till stor del kopplat till rollen som förälder eller maka. Barnen är oerhört betydelsefulla och det är en relation de värnar starkt om. Anna, Gunilla och Irene är oroliga för om barnen har fått men för livet genom sina erfarenheter av att ha en mamma med psykiskt funktionshinder. För att kompensera sin bristande förmåga att vara den

förälder de vill vara har de sökt hjälp för sina barn hos professionella¹⁴. Ett annat sätt är att som Anna, via en kurs i föräldraskap, försöka stärka upp sin egen föräldraroll. Ett tredje sätt är att som Irene försöka gottgöra det som varit genom att prata om det som hänt. Irene berättar för mig om tiden då hon var tvångsinlagd på psykiatrisk avdelning, men också om de suicidförsök hon gjort och allt vad hon utsatt sin familj för och hennes oro för hur det kan ha påverkat såväl barnen som maken.

Irene: När de kom och hälsade på och yngsta dottern. Hon började gråta när hon gick hem därifrån, hon började gråta så här högt. // Nej, jag vill inte prata om den här saken. // Åh, snälla du, jag vill inte tänka. // Åh, jag tänker vad ska jag göra med barnen, vad tänker barnen? Kanske jag har skadat barnen? Hela tiden tänker jag så här. // Flera gånger försökte jag ta livet av mig. // Jag har hoppat från balkongen. // Jag vet inte hur de har klarat, jag förstår ingenting. // Jag vågar inte fråga dem "hur mår ni? hur ni har klarat förut?" // Jag har pratat med henne (äldsta dottern) men hon sa "nej du ska glömma det mamma, jag vill inte berätta" // Hon sa "du kan lossa (släppa) förr i tiden, du ska börja framtiden".

Irene både vill och inte vill prata med sina barn för att ställa saker och ting till rätta. Den äldsta dottern vill att Irene lägger det bakom sig och blickar framåt. Det är Irene inte helt komfortabel med då hon fortfarande har svåra skuld känslor för det som skett, samtidigt vill hon vara stark för dem. Att detta tagit hårt på Irene märks vid vårt samtal då hon blir oerhört ledsen och upprörd när hon berättar om det. I och med att maken och barnen är de enda i familjen som finns här i Sverige blir de än mer betydelsefulla för Irene. Övriga släktingar finns kvar i hemlandet och deras sociala nätverk i Sverige är väldigt begränsat.

Syftet med dessa strategier är att minska belastningen på de närstående, men också att säkra upp att inte relationen går förlorad. Konsekvenserna blir dock en ökad belastning på individen. De kan behöva en ventil där de kan få ur sig det de undanhåller sina närstående. Om det inte finns någon annan att vända sig till kan de psykiska svårigheterna eskalera, vilket jag kopplar till behovet av det tidigare diskuterande och reflekterande stödet, alternativt bearbetande stöd (se vidare i kapitel åtta). En annan konsekvens av att undanhålla sin faktiska situation är att individens stödbehov inte blir tydligt och därmed inte kan tillgodoses. Det förutsätter att individen själv kan hantera sina svårigheter eller att det finns någon annan stödgivare som kan bistå. Relationen till och stödet från de närstående är så betydelsefullt för individen. Därför är det viktigt att se till att belastningen på dem inte är högre än de klarar av.

De strategier individen utvecklar kan ses som ett försök att balansera upp belastningen. Strategierna kan också tolkas som att individen tar ett aktivt ansvar

¹⁴ Ingen av dem har dock fått sådant stöd för sina barn beviljat.

för att styra sin återhämtningsprocess i så positiv riktning som möjligt (Lovejoy, 1982). Samtidigt kan individen inte återhämta sig ensam, återhämtning inbegriper andra människor (Ridgway, 2001). Här måste individen väga för och emot. Antingen vara tydlig med de stödbehov hon/han har och riskera att relationen går förlorad om inte de närstående klarar av belastningen, eller undanhålla dem stödbehovet med risken för att det inte blir tillgodosett och att den psykiska problematiken tilltar.

5.2. Hindrande faktorer

I detta avsnitt diskuteras hindrande faktorer utifrån tre teman; icke-stödande stöd, svek och brustna förväntningar samt konflikter och gränser för relationen. Det första temat lyfter fram att stödgivarens intentioner om att tillhandahålla stöd inte alltid räcker för att stödet ska uppfattas stödande. Temat därefter behandlar hur hårt svek och brustna förväntningar tär på relationen, men att det också får konsekvenser för andra relationer. Även om släkt och familj är oerhört viktiga för individen finns det en gräns för vad hon/han finner acceptabelt, vilket diskuteras i det avslutande temat, konflikter och gränser för relationen.

5.2.1. Icke-stödande stöd

Informanternas önskan är att i största möjligaste mån klara sig själva. Samtidigt är de varse att det psykiska funktionshindret medför ett stödbehov som de själva inte förmår tillgodose. Detta stödbehov innebär en form av beroende av stöd från andra. Även om intentionerna är goda från stödgivarens sida är det inte säkert att stödet kommer att upplevas som stödande. Det givna stödet kan i stället öka beroendet och minska individens självständighet och på det sättet förlänga återhämtningsprocessen. Stöd som i ett sammanhang verkar stödande kan i förlängningen, eller satt i ett större sammanhang vara icke-stödande. Sådant icke-stödande stöd tenderar (oavsett intentionen) att bli kontraproduktivt för individen. Något som kan vara svårt att uppmärksamma just i situationen.

I intervjuerna finns ett flertal exempel på detta kontraproduktiva, icke-stödande stöd. Jonna berättar om hur stödande hennes föräldrar var när hon mådde som sämst. De gav efter för hennes nycker och infall. Just då såg Jonna det som positivt. Så här i efterhand tänker hon att det kanske ändå hade varit bättre om de hade satt ned foten och inte svarat upp mot allt hon då krävde. Erik

har stort stöd från sin mamma. Samtidigt menar han att mamman i vissa avseenden hjälpt honom för mycket, vilket lett till att han känner sig handikappad och osäker på vad han egentligen kan klara själv. Dittes farföräldrar har, enligt henne själv, bistått henne i för hög utsträckning vilket medfört en känsla av utanförskap.

Ditte: Det är normalt, de flesta jag känner runt omkring mig som är i min ålder de har för det mesta egen lägenhet och har haft länge och de sköter sitt själva, det här med att gå upp, jobbet, handla, diska, räkningar och allt vad det är. Men jag gör inte det, för jag får allting serverat. Jag är en annorlunda människa. // Det är det som får mig att känna mig att jag är inte som alla andra. // Jag får aldrig någon chans att lära mig själv. // Det blir för mycket välmening. I stället för att göra det åt mig så kanske vi skulle låtit mig få vara med och lärt mig själv.

Icke-stödjande stöd kan betraktas som för mycket stöd eller fel sorts stöd då det inte är anpassat till individens problematik och inte heller till dennes förmåga. Även om stödet ges i all välmening får det inte rätt effekt om det inte är det individen efterfrågar eller behöver. Stöd som upplevs vara olämpligt, dåligt tajmat eller alltför omtänksamt kan skapa ett beroende som fördröjer individens återhämtning (Goldsmith, 2004). Det visar sig i exemplen ovan där informanterna känner sig mindre kompetenta att klara av olika situationer, och mer hjälpbehövande än vad de egentligen är på grund av det icke-stödjande stödet. Förutom att det minskar den egna förmågan kan det leda till ett ökat stödberoende. På det sättet krymper inflytandet över det egna livet och istället får stödgivaren kontroll över det (Finch & Mason, 1993). Stöd som ges för snabbt (eller i för stor utsträckning) kan hindra individen från att utveckla sina personliga copingförmågor och resurser (Badr m.fl. 2001). Återhämtning syftar till en utveckling av egna kapaciteter (Davidson, m.fl. 2005) där individen ska vara aktiv och medansvarig (Carpenter, 2002). På det sättet kan man förstå det icke-stödjande stödets hindrande effekter. Det blir då förstaeligt att individen kan behöva ta sig från den typen av beroende som för mycket eller felaktigt stöd innebär. Annars finns risken att svårigheterna förstärks och återhämtningen hämmas.

Önskemålet från informanterna är att de närstående ska ge individen utrymme att pröva själva, men utan att de helt försvinner från individens sida. Det ska finnas en balans mellan vad som ges och vad som behövs. Det sociala stödet kan då upplevas ändamålsenligt, relevant och svara upp mot den brist individen anser sig ha (Cutrona, 1996).

5.2.2. Svek och brustna förväntningar

Avsnittet handlar om svek och brustna förväntningar och hur erfarenheter av detta påverkar den psykiska hälsan, den fortsatta relationen och det framtida stödsökandet. I intervjuerna var det främst upplevt svek och brustna förväntningar från informanternas föräldrar som beskrevs. Det kan ha att göra med att det finns en extra stor samhällelig och moralisk förväntan på att just föräldrar ska vara stödjande för sina barn även i vuxen ålder (La Gaipa, 1990). Sex av mina tio informanter berättar om hur de, allt sedan barndomen, upplevt att föräldrarna inte levt upp till det förväntade utan brustit (och fortfarande brister) i sin föräldraroll. Skälet till detta tror informanterna är att föräldrarna har/har haft någon form av egen problematik, psykisk ohälsa, missbruk eller en ickestödjande personlighet. Hanson, Jones & Fletcher (1990 i Burleson m.fl. 1994) menar att det ofta saknas stödjande relationer i dysfunktionella familjer. I mitt material framstår det tydligt när informanterna relaterar sitt nuvarande bristande stöd till tidigare och upprepade erfarenheter av kränkande bemötande, svek och bristande omtanke från sina föräldrar. Ett citat från Anna får illustrera hur, i det här fallet föräldrars, svek och bristande stöd får konsekvenser även i vuxen ålder för individen.

Anna: Jag har levt under förhållanden som inte har varit så bra när jag har varit liten. Det har väl gjort att jag har mått dåligt också, just miljö. Och mina föräldrar är psykiskt sjuka båda två. // Då intervjuade de (på tv) om vad en bra förälder var. Finnas där för barnet och tro på barnet, eller det viktigaste av allt, att föräldern måste tro på sig själv. För indirekt om den inte gör det så tror den inte på barnet heller. Och det tyckte jag var så himla... för det har varken mamma eller pappa gjort. De har bara inte fixat det. // Jag har varit väldigt ledsen eller mått dåligt av dom det mesta. Det är inte så mycket positivt av dem. // De har varit typ passiva. // Anna-Lisa har varit viktigast där eftersom det är hon som har tagit hand om mig. // Hon har tagit på sig deras roll. // Jag går med en ständig oro, hela tiden och rastlöshet. // Så att jag märker att det färgas i mitt liv, just med självkänsla och sådant.

Citatet visar på hur hela Annas uppväxt är kantad av avvisande, icke-bekräftelse, försummelse och bristande omtänksamhet från föräldrarnas sida. En sådan relation förmår inte bära upp stöd (Vangelisti, 2009). Anna menar att dessa erfarenheter har lett till att hon fått psykiska svårigheter, såsom ätstörningar, depressioner, ångestproblematik m.m. Anna ber aldrig sina föräldrar om något stöd eller hjälp, hon vet av erfarenhet att de inte kan ge henne det hon behöver. Tidigare gensvar från presumtiva stödgivare påverkar i vilken mån man söker stöd hos dem igen (Derlega, Barbee & Winstead, 1994).

Om det finns en risk att bli avvisad, kritiserad eller negativt bedömd undviker man att be om hjälp och stöd (Coates, Wortman & Abbey 1979 i

Samter, 1994). Utifrån det kan man förstå varför informanterna i möjligaste mån undviker att be närstående om stöd när de tidigare erfarit svek och brustna förväntningar. Samtidigt finns det exempel på hur de ändå söker stöd hos dem även om de egentligen inte vill. Jag ser åtminstone två skäl till det. Många av dem har ett redan begränsat nätverk med presumtiva stödgivare. Denna särskilda utsatthet kan leda till att de mer eller mindre tvingas söka stöd även från dessa personer (Skårner, 2001). Det andra skälet kan vara kopplat till den moraliska och kulturella förväntan om stöd som finns, i synnerhet på primärgruppen (Rönmark, 1999). Denna förväntan kan nära en förhoppning om förändring, d.v.s. att den närstående nästa gång ska finnas där och svara upp mot individens behov. Henrik har genom åren gjort upprepade försök att få stöd från sin mamma, både på grund av att han inte har någon annan att vända sig till och för att han hoppas att hon nästa gång kanske ska finnas där för honom såsom föräldrar ”ska” göra, även om han av erfarenhet vet att hon inte ställer upp.

Henrik: Hon (mamma) är sådan som person, hon bryr sig inte över oss. // Så jag vet inte hur hon är funtad egentligen. // Det blev problem här nu. // Det var för att jag frågade efter hjälp utav henne. // Då gick hon till myndigheterna och sa att ”det kan inte fortsätta så här”. // Så jag vill inte ha med henne att göra. // Det finns ingen anledning att ha sådana föräldrar omkring sig, som inte ställer upp för sina barn när de behöver det. // Jag vill inte ha föräldrar som är på det viset och går bakom ryggen på mig. // För det är samma med båda mina föräldrar faktiskt, de har haft för vana att trycka ner en istället för att hjälpa en på traven.

För Henrik blev måttet rågat då mamman gick bakom ryggen på honom och kontaktade myndigheterna, vilket i förlängningen medförde att Henrik begick en handling som han kom att dömas till rättspsykiatrisk vård för. I samband med att mamman kontaktade myndigheterna valde Henrik att bryta deras relation helt och hållet och de har idag inte någon kontakt alls.

En konsekvens av det bristande stödet är att de själva blir tvungna att ta större ansvar för sitt eget stöd. Visserligen ska den egna kraften tas till vara, och visserligen ska individen vara aktiv i sin återhämtningsprocess, men återhämtning är inte möjlig utan en främjande omgivning (Topor & Borg, 2008). Genom de missgynnande förhållanden informanterna kan sägas leva i vad gäller de ovan diskuterade erfarenheterna, kan återhämtningen hindras eller avstanna helt (Spaniol m.fl. 2002). De informanter som har berättat om upprepade svek och brustna förväntningar uppger att de idag har svårt att be andra om hjälp. De är också tveksamma till om det går att lita på att det finns andra som kan agera stödgivare för dem. Tidigare erfarenheter av sviktande stöd påverkar den fortsatta relationen med just den personen, men det påverkar också andra relationer (Derlega, Barbee & Winstead, 1994). Upplevelsen av stöd är kopplat

till en individs historia av sociala erfarenheter (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). På det sättet kan andra personers stöderbjudande och individens upplevelser av framtida stöd komma att påverkas av dessa erfarenheter av bristande stöd från de närstående.

5.2.3. Konflikter och gränser för relationen

Avsnittet handlar om konflikter, om var gränsen går för dessa relationer samt om de strategier som kan utvecklas för att hantera relationerna och dess konsekvenser. Konflikter kan ge negativa effekter på både den psykiska och fysiska hälsan. Av det skälet måste individen hitta strategier för att skydda sig själv (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001).

I mitt material har det utkristalliserat sig tre former av konflikter. Den första är konflikter som uppkommer i relation till det psykiska funktionshindret. Dessa kan grunda sig i bristande förmåga hos de närstående att förstå den psykiska problematiken och dess konsekvenser. Irene berättar om hur hennes psykiska funktionshinder medförde att konflikter skapades och trappades upp i familjen.

Irene: Min man stöttade mig, men ibland så bråkade jag med honom fruktansvärt. Han försökte att lugna mig men jag bara hackade på honom. Och jag kunde inte bli lugn. Men också han började bråka med mig. Och han sa "jag gör ingenting mot henne varför vill hon bara hacka på mig och bråka med mig?" // För att han förstår inte mig. // Ibland var min son hemma och jag var jättedålig, han lyssnade när jag bråkade med min man och sedan började jag att bråka med alla barnen. // Det bara kom varmt, varmt, varmt och det exploderade. // Och sedan kom rösten. Jag ville inte höra någonting från min familj, men jag ville höra rösten, vad den säger. // Den skriker, men jag ville höra den ändå. // Den är jätteelak. // Den skriker till mig, "stanna, stanna vi ska döda dig, vi har kniv, stanna, stanna, och vi har pistol" // Ja, jag var helt borta, hela tiden jag tänkte ta livet av mig. Jag tänkte inte på framtiden, utan bara på att ta livet av mig.

För att stödprocessen ska kunna bli positiv måste stödgivaren förstå problemet och den andres behov av hjälp (Badr m.fl. 2001) och kunna förmedla en känsla av omtanke, inte ilska eller likgiltighet (La Gaipa, 1990). Irenes man försökte stödja henne och visa omtanke. Där och då nådde hans intentioner och agerande inte fram till henne. Hon tyckte inte att familjen förstod henne och hennes problematik vilket ledde till att konflikten eskalerade. Så här i efterhand kan Irene se hur familjen försökte stötta henne, men att hon då var upptagen med att försöka höra vad rösterna sa till henne. Det är inte alltid helt enkelt att förstå varför en person med psykiska funktionshinder agerar och reagerar som hon/han gör. Det är heller inte så enkelt för individen att förklara då hon/han själv kanske

inte helt förstår sitt agerande. Konflikten kommer oavsett skäl leda till konsekvenser för individen, då konfliktfyllda relationer påverkar det sociala stödet (Vangelisti, 2009).

Den andra typen av konflikt jag funnit har sin grund i ett negligerande av de psykiska svårigheterna. När individen försöker berätta om sina psykiska svårigheter visar de närstående inte något intresse och ger ingen respons på det berättade. Katja berättar hur hennes mamma och syster bara pratar om sig själva. Om Katja försöker bryta in i samtalet och berätta om sin egen situation blir de helt tysta en stund, därefter fortsätter de att tala om sig själva. Katja tycker att de brister i sitt känslomässiga stöd till henne och inte ser henne och hennes svårigheter som tillräckligt betydelsefulla för dem. Detta irriterar Katja och det har påverkat deras relation. När individen och dennes situation negligeras kan det påverka individens känsla av att vara värderad. Det är sårande när andra inte finns där för en när man behöver dem (Vangelisti, 2009).

Den tredje formen av konflikter är sådana som pågår mellan olika familjemedlemmar där individen egentligen inte är en aktiv part. Sådana konflikter inverkar ändå på individen. Det är lätt hänt att hamna mitt emellan och tvingas ta parti för eller emot någon av parterna såsom för Ditte.

Ditte: Släkten är väldigt betydelsefull i livet. // Jag önskar att man kunde ha det så, men i vår familj går det tyvärr inte. Alldeles för mycket aggressioner. // Det tar inte lång tid om de är på samma ställe utan att de mer eller mindre klubbar ihop varandra. Sedan är det fullt raseri. // Jag skulle väga vem är viktigast för mig, farmor och farfar eller pappa. De drar mig åt varsitt håll och sedan ska jag bestämma var jag ska dra mig åt. Det tar knäcken på mig. Men jag har sagt till dem att nu får ni ge er. Antingen får ni ordna upp det eller så får ni skita i det.

Det är påfrestande att vara del av en familj där det ständigt finns irritationer, ovänskap och konflikter. Det påverkar individen på ett negativt sätt (Pierce, Sarason & Sarason, 1992 enligt Sarason & Sarason & Pierce, 1994). Som vi ser i citatet påverkas Ditte negativt av dessa konflikter, i synnerhet då hon förväntas ta parti för någon av dem. Samtidigt som konflikterna kräver energi framhålls värdet i samvaro och samhörighet med närstående. Det kan medföra ett dilemma för individen, där hon/han måste väga värdet av den sociala samvaron mot den skada konflikterna riskerar åstadkomma.

Ett sätt att hantera destruktiva och konfliktfyllda relationer är att försöka markera var gränsen går. För att om möjligt rädda relationen utan att förlora sig själv kan individen ställa ett ultimatum. Det var vad Ditte gjorde till sina farföräldrar och till sin pappa. Om de inte slutade att dra henne mellan sig skulle

hon avsluta relationen. De valde att anpassa sig till hennes krav och de kan nu umgås utan dessa konflikter.

Gränssättningen som tydliggörs i Dittes exempel kan tolkas som en strategi individen utvecklar för att skydda sig själv och därmed minimera riskerna med en konfliktfylld relation. I vissa fall upplevs relationen så destruktiv att den psykiska hälsan hotas. Det gestaltas i ett citat från Cornelia.

Cornelia: Mamma har barn, men får inte ha någon av dem hemma. Hon har inte varit speciellt snäll mot mig när jag har varit liten. Hon har försvarat de som har gjort illa mig och därför så har inte jag velat ha någon kontakt med henne. // Hon fick välja, antingen mig eller sin pojkvän och då valde hon honom. Så jag kan inte ha kontakt med henne. // Jag har gjort det två gånger, till pojkvännen och till min mamma. // Det var verkligen jättesvårt båda gångerna att inse att de inte väljer mig. // Även om hon har gjort sådana saker så tycker man, det är ju ens mamma, man ska tycka om henne ändå.

Cornelia gav sin mamma en möjlighet att rädda relationen, men mamman valde bort henne. På grund av en destruktiv historia fanns inget annat val för Cornelia än att bryta relationen. I intervjuerna framkommer en dubbelhet när det gäller att bryta en relation till släkt- och familjemedlemmar, så även i citatet från Cornelia. Detta illustrerar de moraliska förväntningar och krav som finns på närstående (Rönmark, 1999), men också på hur man ska/borde känna inför dem. Det mest extrema sättet att sätta gränser för en destruktiv och konfliktfylld relation hämtar jag från Fredrik. Hans föräldrar krävde att han skulle ta hand om dem på alla sätt. Vilket han också gjorde trots att han själv hade stora psykiska svårigheter under den här tiden, med hörselhallucinationer och svår ångest. Föräldrarna tog ingen hänsyn till hans problematik och uppmärksammade inte att Fredrik undan för undan försämrades psykiskt. För att ta sig ur denna ohållbara situation försökte Fredrik ta sitt liv. I och med suicidförsöket hamnade han på psykiatrisk avdelning och undgick genom det, den för honom, så destruktiva relationen till föräldrarna.

Samtliga exempel i detta avsnitt visar hur den psykiska hälsan, men även stödprocessen, påverkas av konfliktfyllda och destruktiva relationer. I stödprocessen är frånvaron av konflikter viktig (Burleson m.fl. 1994) och negativa interaktioner får mer djupa effekter på individens tolkning och värdering av olika stödbeteenden än positiva (Vangelisti, 2009). Med det menas att även om de närstående uppvisar olika stödbeteenden, så kanske de inte uppfattas så positiva som de skulle kunna göra, eftersom det negativa i relationerna tar överhanden i tolkningsprocessen. I vissa avseenden kan det vara mer skada för individen att hålla fast vid en relation än att bryta den, även om

det innebär att individen förlorar den betydelsefulla samvaron med närstående, och i än högre grad får klara sig själv.

De strategier (i form av gränssättning) individen utvecklar kan tolkas som ett positivt led i återhämtningen. Att söka sig bort från negativa situationer och relationer kan ses som ett återtagande av egenmakten och kontrollen, vilket är en betydelsefull aspekt i återhämtningsprocessen (Topor, 2001). För att skydda och stärka sig själva sätter de gränser för de relationer som tar mer än de ger. Det kan ses som en kraft individen använder sig av för att ta sig igenom sina svårigheter i livet. Med denna egenkraft kan de finna och utveckla ännu fler strategier för att hantera även andra hinder och svårigheter som de stöter på i sin återhämtningsprocess.

5.3. Sammanfattande reflektioner

I kapitlet om släkt och familj har totalt sett sju teman diskuterats. I det första temat diskuterades hur det vardagliga sammanhanget utvecklar stödrelationen, men även är att betrakta som ett stöd i sig. I temat mobiliserande stödformer diskuterades tre olika stödformer som utkristalliserat sig när det gäller främjande stöd från släkt och familj; kompenserande, diskuterande och reflekterande samt motiverande stöd. Det tredje temat, kvalitetsaspekter i stödrelationen, lyfte fram de fyra relationella aspekter som funnits främjande; kontinuitet, trygghet och tillit, acceptans samt ömsesidighet. Det avslutande temat när det gällde främjande faktorer handlade om de strategier individen utvecklade för att bibehålla den betydelsefulla relationen. De hindrande faktorerna belystes utifrån tre teman. Avsnittet inleddes med ett tema om icke-stödjande stöd d.v.s. sådant stöd som upplevs som ”för mycket” eller ”fel sorts stöd” och av det skälet inte uppfattas som stöd oavsett stödgivarens intention. Det andra temat, svek och brustna förväntningar, diskuterar hur det påverkar individens psykiska hälsa, den fortsatta relationen och framtida stödsökande. I det avslutande temat, konflikter och gränser för relationen, diskuterades konsekvensen av konflikterna och de strategier individen utvecklar för att hantera dessa.

5.3.1. Socialt stöd

Det sociala stöd som efterfrågas och upplevs som främjande kan inte reduceras till enbart en insats, d.v.s. det handlar inte bara om *vad* som ges utan även *hur*

stödet ges. I analysen utkristalliserade sig tre stödformer; kompenserande, reflekterande och diskuterande samt motiverande stöd. De efterfrågade stödformerna kan alla karaktäriseras som mobiliserande. Utgångspunkten är att stärka individens egen förmåga och kapacitet. Fokus är individens upplevda problem och det mobiliserande stödet inbegriper lyhördhet inför den föränderlighet i förmåga som är förknippad med psykiska funktionshinder. Analysen visade att även icke-intentionellt stöd kan upplevas stödjande. Detta stöd är kopplat till det vardagliga sociala umgänget. En samvaro med kontinuitet, och som inte enbart är relaterad till det psykiska funktionshindret, inger trygghet och samhörighet och möjliggör ett spontant stöd. Att stödet är intentionellt är dock ingen garanti för att det kommer att uppfattas stödjande. Stöd som inte är matchat till vare sig individens problem, stödbehov eller egen förmåga upplevs som icke-stödjande stöd oavsett vilka intentioner stödgivaren har. Sådant stöd ökar stödberoendet och minskar självständigheten och tilltron till den egna förmågan och verkar därmed kontraproduktivt för individen.

5.3.2. Relationella aspekter

De relationella aspekter som i analysen visade sig mest betydelsefulla är det mobiliserande förhållningssättet samt acceptans och ömsesidighet. Förhållningssättet bygger på att stärka individens egenmakt där utgångspunkt och fokus är individens egen förmåga och kapacitet. Det handlar om att visa tilltro till och respekt för individens möjligheter och erfarenheter. Det som närstående tillför ska betraktas som ett komplement till det individen själv bidrar med. Acceptans handlar både om att accepteras av andra och av sig själv. Från de närstående uttrycks det både i hur de förhåller sig till individens psykiska problematik utåt mot omgivningen, men också gentemot individen. Det psykiska funktionshindret ska vare sig ensidigt fokuseras eller negligeras. Ömsesidighet handlar både om att kunna återgälda det stöd man får från sina närstående, men också att kunna vara ett stöd tillbaka. I analysen framkommer även att flera informanter har släkt- och familjerelationer präglade av svek, brustna förväntningar och konflikter. Det påverkar relationen dem emellan, men också andra relationer och det framtida stödsökandet. Av de informanter som har erfarenhet av svek och konfliktfyllda relationer upplever ingen av dem något stöd från dessa sina närstående idag. De beskriver även en bristande tilltro till andra i omgivningen vad gäller stödmöjligheter. Förutom att konfliktfyllda relationer tar energi, är hindrande och påverkar det framtida stödsökandet,

försämras den psykiska hälsan och det psykiska funktionshindret riskerar att förstärkas.

5.3.3. Kapaciteter och strategier

Ur de främjande släkt- och familjerelationerna stärks egenmakten och självacceptansen ökar, vilket i sig bidrar till en mer positiv självbild. Det ökar möjligheten för att individen ska se sina egna resurser och förmågor att hantera situationen och att förändring är möjlig. Strategin för att bibehålla de stödjande och främjande relationerna är att minska belastningen på de närstående. Med tanke på den påfrestning det innebär att ha närstående med psykiska funktionshinder är risken stor att relationen går förlorad när belastningen blir för hög. För att minska belastningen undanhåller individen delar av sin situation och sitt stödbehov. Konsekvensen av det blir att stödbehovet osynliggörs och individen riskerar att stå ensam med sin problematik. För att hantera svek- och konfliktfyllda relationer försöker individen sätta gränser för vad som är godtagbart i relationen. Förhoppningen är att rädda relationen, men utan att förlora sig själv. Individen sätter sin egen hälsa och välmående i första rummet, vilket kan innebära att relationen bryts helt.

5.3.4. Återhämtningens fyra målsättningar

Släkt och familj kan främja individens *kontroll* över sjukdom, hinder och svårigheter genom de mobiliserande stödformerna. Dels genom att dessa stödformer utvecklar egenmakten. Att ha makt över sitt funktionshinder och sitt liv menar jag är en viktig aspekt i att känna kontroll. Dels för att dessa stödformer kompenserar för det individen för tillfället inte klarar av samt bjuder på nya alternativa synsätt, vilket ger individen en mer nyanserad och strukturerad överblick av situationen. Individens förmåga och kraft att bryta sig ur hindrande relationer kan även det tolkas som ett återtagande av makt och kontroll.

Erkännande och acceptans framträder i analysen i hur närstående förhåller sig till individen som person och dennes psykiska funktionshinder. För att återhämtningen ska kunna främjas får individen inte reduceras enbart till en person med psykiskt funktionshinder. Genom det sociala umgänget med de närstående ges individen möjlighet att visa upp andra aspekter av sig själv än enbart de som är förenade med det psykiska funktionshindret. Det handlar om

att erkännas som person med såväl historia som framtid samt med både resurser och svårigheter. När det gäller det psykiska funktionshindret uttrycks erkännande och acceptans genom respekt och lyhördhet inför individens erfarenheter och upplevelser. Ett agerande utifrån individens behov och dennes villkor där de närstående inte skäms är att förordas. Individen slipper då förstå sig eller spela en roll, utan kan duga såsom hon/han är, vilket signalerar ett värde som människa. Andras bemötande påverkar individens självbild. På det sättet är erkännande och acceptans från närstående ett steg närmare själv-acceptans och en mer positiv självbild, där individen kan inkludera såväl hinder som möjligheter i sin person. När individen och dennes psykiska problematik nedvärderas och/eller negligeras minskar det känslan av att vara accepterad och värderad som människa, vilket hindrar återhämtningen.

Meningsfulla roller och social gemenskap främjas främst av det kompenserande stöd de närstående bistår med. Det kompenserande stödet, där individen får hjälp med olika praktiska vardagssysslor som hon/han inte klarar själv, är inte bara underlättande utan också förebyggande. Utan det kompenserande stödet finns risken att individen exempelvis blir vräkt eller drabbas av stora skulder, vilket för henne/honom längre bort från rollen som medborgare. Det vardagliga sociala umgänget med släkt och familj bidrar till den sociala gemenskapen. Det är dock inte särskilt utåtriktat till sin karaktär, men ändå en betydande aspekt för främjandet av återhämtningen. Det vardagliga umgänget på olika arenor ger individen möjlighet att bibehålla, men också utveckla, andra roller än ”sjukrollen”. Ömsesidiga relationer, där individen kan vara såväl stödgivare som stödmottagare, minskar risken för att fastna i en ensidig sjukroll/mottagarroll.

Den avslutande återhämtningsfaktorn, *utveckla identitet och besejra stigma*, främjas av omgivningen genom deras sätt att förhålla sig till individen och dennes psykiska funktionshinder. Närståendes erkännande och acceptans får betydelse för individens självbild och identitet. En positiv bekräftelse, där närstående bemöter individen och dennes problematik utan att fördöma eller skuldbelägga, inger en känsla av att duga såsom hon/han är. De närståendes sätt att vardagliggöra och normalisera det psykiska funktionshindret (utan att förminska problematiken) minskar risken för utanförskap och stigmatisering.

5.3.5. Konklusion

Släkt och familj är, som synes, att betrakta som betydelsefulla på många sätt. Deras sätt att agera och reagera får återverkningar på såväl stöd- som återhämtningsprocess. Det finns stora förväntningar (och krav) på att just släkt och familj ska finnas för varandra, i synnerhet när det inträffar något krisartat, såsom psykisk sjukdom/funktionshinder. Det finns en självklarhet kring dessa förväntningar och när det brister blir känslan av svek stor. De främjande närstående relationerna har fokus på såväl socialt stöd som social samvaro i ett vardagligt sammanhang. Det sociala stödets mobiliserande inslag är bärande och kvaliteten i relationen en förutsättning. Relationen till släkt och familj kan ses som en knutpunkt kring vilket andra arenor, aktiviteter och roller möts. I bästa fall kan släkt och familj utgöra en grundläggande trygghet som behövs för att kunna vända sig mer utåt i samhället. De av informanterna med erfarenheter av sviktande stöd från närstående över tid, upplever heller inte idag något stöd från dem. Det är också denna grupp som har svårt att lita till att andra personer finns tillgängliga för dem. Visserligen är det av värde att individens egen förmåga ges utrymme och utvecklas, men att bli ställd helt ensam kan snarare förstärka deras psykiska funktionshinder eftersom belastningen blir för stor på den enskilde. Det stödbehov individen har måste på något sätt tillgodoses. När och om närstående sviktar och den egna förmågan inte är tillräcklig, måste andra stödrelationer kompensera i den mån de finns där för individen. Vänner kan vara en sådan nätverkskategori vilket nästa kapitel handlar om.

KAPITEL 6

VÄNNER

Inledning

I detta kapitel är det kategorin vänner som får gestalta det sociala stödets betydelse för återhämtningen. Vänner har inte samma moraliska eller lagmässiga skyldighet att stödja varandra såsom släkt och familj har. Samtidigt är ett av tecknen på sann vänskap just skyldigheten att hjälpa varandra (Rönmark, 1999). Vänskapen prövas när någonting inträffar i en persons liv. De som ställer upp, är lojala och inte sviker oavsett vad som inträffar, är också de som kommer att betraktas som vänner. En följd av stödjande interaktioner är viktiga personliga relationer såsom vänskap (Barbee, 1990).

Det kan tyckas att föreliggande kapitel har en slagsida med sin betoning på främjande faktorer. Skälet till det är att de personer som inte uppfattas vara stödjande heller inte betraktas som vänner, och därför inte finns med i informanternas berättelser om vänners betydelse. Däremot framträder det hur komplicerat det är att upprätthålla, utveckla och avveckla vänskap då man har psykiska funktionshinder och ett i många avseenden begränsat nätverk. Informanterna har inte definierat några formella stödpersoner som vänner, däremot finns det arbets-/studiekamrater som kommit att bli vänner och därför finns med i detta kapitel. En del av vännerna har egna psykiska funktionshinder, andra inte. I den mån det framkommit i intervjuerna och har relevans för min tolkning påtalar jag det i samband med de citat jag använder.

6.1. Främjande faktorer

I föreliggande avsnitt diskuteras fyra olika teman:

- Utåtriktande gemenskap
- Förtroliga och stödjande samtal
- Balanserat stödutbyte
- Säkerställa det sociala stödet och vänskapsrelationen

Temat utåtriktande gemenskap har fokus på den sociala samvaron och dess betydelse både som socialt stöd och som ett närmande till medborgarrollen. Det förtroliga och stödjande samtalet är en del av den sociala samvaron och betonar vänskapens flerdimensionella karaktär som en förutsättning för stödjande samtal. Balanserat stödutbyte är en relationell aspekt som beskrivs som främjande för såväl relationen, det sociala stödet som återhämtningen. Avsnittet avslutas med en diskussion om hur individen tar ett aktivt ansvar för att säkerställa det sociala stödet och vänskapsrelationen genom att utveckla olika strategier.

6.1.1. Utåtriktande gemenskap

Det sociala umgänget med vännerna har flera viktiga aspekter. Genom att vännerna agerar igångsättare och modingivare minskar risken för isolering. Umgänget bidrar även till distans från de psykiska svårigheterna. På grund av det sociala umgängets utåtriktade karaktär kan det också medföra ett närmande till den eftersträvansvärda rollen som samhällsmedborgare. På det sättet kan det sociala stödet förstås som en pågående process i det vardagliga sammanhanget, i vardaglig interaktion mellan, i det här fallet, vännerna (Badr m.fl. 2001).

Vännerna kan inspirera och motivera till aktiviteter även när individen själv inte har kraft, lust eller förmåga att ta sig för någonting. Informanterna menar att vännerna gärna får utöva någon form av påtryckning på dem. I synnerhet när den egna initiativförmågan brister, vilket ofta är fallet. Vännerna behöver inte alltid tillfullo förstå eller ens ha vetskap om den psykiska problematiken, men kan ändå agera igångsättare. Cornelia berättar om sina vänner. Hon har försökt förklara för dem hur hon mår, men de förstår inte fullt ut hur svårigheterna påverkar henne. Detta till trots har vännerna förmågan att göra Cornelia på gott humör genom att dra med henne ut på olika aktiviteter när hon själv inte känner sig motiverad. Ett citat från Erik får visa på värdet av att ha vänner som igångsättare.

Erik: Jag skulle inte ge mig ut på några längre resor. Och det skulle jag nog vilja göra. Men jag har inte riktigt den möjligheten. // Där är förmågan begränsad. // Där börjar osäkerheten. Planeringen och kanske hur man ska klara detta själv. // Egentligen är väl det handikappet, att få saker och ting gjort och då betyder de här vännerna väldigt mycket. // För mig, det blir bilresor och sådant om man skulle ta bort de här personerna. (Det) skulle falla ner på den nivån tror jag. Då skulle man bli lite begränsad. Men det klart, det verkar som om jag får ha kvar de här personerna.

Det framträder hur begränsad Erik skulle bli utan sina vänner. Med stödet från dem får Erik mod och kraft att våga göra sådant han egentligen vill, men inte vågar eller ser sig ha förmågan att klara ensam. Utan detta stöd från vännerna hade Erik inte kunnat ta sig ut i samma utsträckning. Det han själv klarar av är kortare bilresor såsom till affären. I övrigt hade han blivit sittande hemma i sin lägenhet. När vännerna inspirerar och lockar med individen ut på olika saker bidrar det till att de psykiska svårigheterna kan hanteras och överbryggas. Det sker i samvaro med personen i fråga. Sådant stöd har större förutsättning för att ge en positiv återhämtning än om individen passivt skulle motta tilldelade insatser (Deegan, 1996; Ridgway, 2001). I det hänseendet kan man säga att vännernas inspirerande, engagerande och modingivande förhållningssätt mobiliserar individens egen förmåga.

Förutom att inge mod och verka igångsättande kan det sociala umgänget med vännerna bidra till en distans från de psykiska svårigheterna. Gunilla har svår panikångest och av det skälet svårt att ta sig ut från sin lägenhet ensam. Hon berättar om Ulf. De har varit vänner i många år och känner varandra utan och innan.

Gunilla: Ulf, det är en som har ställt upp ganska mycket, sett till att jag har kommit ut och han har inte brytt sig om han har fått betala ibland. Han har sagt det, "nu åker vi dit, nu gör vi det och det och du behöver inte tänka på att betala, jag vet att du har dåligt". Han har sett till att jag har kommit ut på lite roligare saker så att jag kan skärma av. // Han frågar mig "känner du för det annars skiter vi i det". Och han kan väl också höra lite grann på om jag inte är på humör.

I citatet framkommer betydelsen av att både få göra någonting som är kul och att komma ifrån sina svårigheter en stund. Umgänget med vännen Ulf blir till ett behövligt avbrott i vardagen. Där kan Gunilla, som hon säger, skärma av sin problematiska vardagssituation. På det sättet kan hon få distans till sina psykiska svårigheter (Rook, 1990). När individen väljer att följa med på de aktiviteter vännerna föreslår och motiverar till kan det tolkas som en strategi från individens sida att försöka hantera sina svårigheter. Genom att öka sin aktivitetsgrad lämnar de mindre utrymme för problem och svårigheter (Topor, 2001).

Det sociala umgänget med vännerna är, i större utsträckning än det som beskrivs inom familjen, utåtriktande till sin karaktär. Umgänget de beskriver försiggår ofta på mer allmänna arenor, det är sport, resor, utflykter, caféer, fester etc. Umgänget kan ha sin utgångspunkt i gemensamma intressen som för exempelvis Katja och Ditte. Katja utövar en sport regelbundet med ett par av sina vänner. Ditte har ett kompisgäng som delar hennes intresse för dans. Det

kan också handla om mer allmänna umgängesformer som i Eriks exempel. Han berättar att han tillsammans med några vänner hyrt en stuga för att fira midsommar.

Erik: Är man några stycken då höjer man den här livskvaliteten. Som när vi nu bokar den här stugan och packar resväskan och stoppar in fyra killar i bilen och åker ut till den här stugan då höjer man livskvaliteten ordentligt här alltså. // Då känner man att "Ja, jag ska också fira midsommar" så att säga.

Eriks uttalande om att han *också* ska fira midsommar kan tolkas som en eftersträvansvärd gemenskap där han känner tillhörighet. På så sätt kan det sociala umgänget med vännerna ses som nätverksstöd (Hedin, 1994). När individen integreras i nätverk förser det denne med resurser som gör att hon/han bättre kan undvika och/eller hantera hinder och svårigheter (Kessler, 1986 enligt Skårner, 2001). Det är ett socialt stöd som är stödjande utan att behöva vara explicit utformat eller uttalat. Individen ges en känsla av tillhörighet till en grupp där de delar intressen och sociala aktiviteter. En tillhörighet inte bara till kompisgänget utan också till övriga samhället. Deltagandet i vänners gemenskap och aktiviteter kan därmed tolkas som ett närmande till rollen som normal samhällsmedborgare. En roll som är eftertraktad hos informanterna (se vidare i kapitel om arbets- och studiekamrater). Erik är väldigt orolig för att inte passa in och att andra ska uppfatta honom som annorlunda och konstig. Hans uttalande om att faktiskt även han ska fira midsommar kan uttrycka hur ett utanförskap sakta men säkert kan omvandlas till ett eftertraktat medborgarskap. Det sociala umgänget med vännerna medför således att individen inkluderas i samhället inte enbart som psykiskt funktionshindrad. Sådant stöd höjer livskvaliteten och bidrar till återhämtningen (Rosenberg & Lindqvist, 2004).

Att det finns områden i vardagslivet där man umgås i ett sammanhang som inte enbart är relaterat till de psykiska svårigheterna är ett steg i återhämtningsprocessen. Individen kan då (åter)upptäcka att hon/han inte helt har reducerats till en sjukdom utan att det finns delar av henne/honom och vardagslivet som inte berörs av det psykiska funktionshindret (Topor, 2001). Topor menar vidare att en bidragande faktor till det är att det finns personer som ser individen som något annat än bara sjukdomen, något jag anser blir tydligt genom umgänget med vännerna.

6.1.2. Förtröliga och stödjande samtal

En betydande aspekt som lyfts fram när det gäller vännerna är samtalet. Det som kännetecknar samtalet är att det är en del av det sociala umgänget. Allt det vännerna gör tillsammans; fikar, handlar, sportar, är ute på nöjen, konserter, ser på film, spelar spel m.m. är tillfällen där de också samtalar med varandra. Förtröliga och stödjande samtal möjliggörs genom att den sociala samvaron och de däri förekommande vardagliga samtalen bygger upp vänskapsrelationen. Via den flerdimensionella vänskapsrelationen utvecklar individen kännedom om sin vän som presumtiv stödperson. På det sättet bygger det sociala umgänget och samtalen upp både vänskapen och det sociala stödet (Leatham & Duck, 1990).

I detta avsnitt diskuteras olika former av samtal och på vilket sätt de är stödjande för individen. Samtalen som sådana kan handla om vardagliga allmänna ämnen och/eller olika svårigheter och hinder relaterade till det psykiska funktionshindret. I ett citat från Gunilla framträder det att såväl allmänt hållna samtal som samtal direkt relaterade till hennes (och vännens) problem upplevs stödjande. Det är för övrigt samma vän, Ulf, som Gunilla berättade om i förra temat.

Gunilla: Jag har en gammal ungdomskompis som jag också kan ringa mycket till och prata med och vi gör även roliga saker. // Det blir väl mest att vi tar en fika och kollar på tv och sitter och tjarar. // Vi har känt varandra i över 20 år. Det har också varit mycket stöd det senaste. // Han har haft familj och jag har haft familj en gång i tiden och han har ställt upp väldigt mycket också som en vän. // Vi kan prata om allt mellan himmel och jord i stort sett. Vi har gått igenom skilsmässor bägge två och upplevt vår ungdom ihop och jag har väldigt stort förtroende för honom. Vi kan ringa till varandra om det känns jobbigt.

Citatet tydliggör hur de via vardagliga samtal (och umgänge) byggt upp en kännedom om varandra, men också förtroende och tillit som möjliggör förtröliga samtal om känslor och problem. Sådana relationella förutsättningar möjliggör en särskild förståelse för varandra (Skärner, 2001). Samtal om svårigheter och problem (s.k. trouble-talk) kan vara inbäddat i mer vardagliga samtal (Goldsmith, 2004). Inom ramen för det vardagliga samtalet kan det vara lättare att ta upp och ventilera även det som är problematiskt. Samtidigt ska man inte underskatta samtal som inte alls är relaterade till de psykiska svårigheterna. Topor (2001) fann att sådana samtal med vänner främjar återhämtningen. De kan distrahera och avleda tankarna från det som är svårt och ge individen ett välbehövligt andrum (Derlega, Barbee & Winstead, 1994).

De tre följande exemplen på förtröliga stödjande samtal kan samtliga benämnas som ”trouble-talk”. Det är vardagliga vänskapliga samtal som syftar

till att vara stödjande för individen så att hon/han bättre kan hantera sina psykiska svårigheter. Med oss i läsningen av dessa exempel ska vi dock ha att de bottnar i en flerdimensionell och förtroendefull relation såsom ovan beskrivits.

Det första exemplet hämtar jag från Katja. Hon beskriver hur samtal med i synnerhet en vän, Maria, bidrar till att nyansera och balansera upp sådant Katja varit med om. Katja har enligt egen utsago en tendens att övertolka och överreagera vilket kan leda till att hon hamnar i konflikter med andra då hon gärna konfronterar dem utifrån sina egna tolkningar av situationen.

Katja: Min utgångspunkt är att folk är korkade, fattar de ingenting, varför gör de så här? Och det är bättre att jag pratar med någon av dem (vännerna) än att jag talar om för personen som det gäller att "fattar inte du hur korkad du är?" // Maria bromsar så jag inte agerar ut eller säger någonting som är helt uppåt väggarna till de här. Utan det dämpas. // Hon kan ge mig rätt, "ja det här var jätteklantigt gjort, det här var hel-idiotiskt gjort av den här personen, men om du gör så här så slår det tillbaka på dig själv". Och så talar hon om att nu sätter du dig ner och så tar du det lugnt och så får du släppa detta.

Samtalet är stödjande genom att Katja ges möjlighet att diskutera och ventilerar sina känslor och erfarenheter. Sådana samtal är betydelsefulla då det ger individen resurser att hantera den känslomässiga stressen innan den växer sig för stor (Barbee, 1990). Vännern Maria ifrågasätter inte det Katja känner utan förser henne med alternativa sätt att förstå situationen på. Det samtal Katja beskriver kan ses som främjande för återhämtningen. Det inbegriper *ventilering* där känslor och erfarenheter kan uttryckas, men också *realitetsprövning* där upplevelserna kan sorteras och slutligen *problemlösning* där hon får konkreta råd om hur hon ska hantera situationen. Samtliga dessa tre aspekter lyfts fram som främjande för återhämtningen av Breier & Strauss (1984).

Nästa samtal hämtar jag från Ditte. Via sin pojkvän har hon inlemmats i hans kompisgäng. För Ditte har deras vänskap och stöd i stor utsträckning bidragit till ökad förmåga att hantera de psykiska svårigheterna.

Ditte: Jag har sagt till dem att "hade det inte varit för er så hade nog inte jag suttit utanför sjukhusväggarna för då hade jag klappat ihop mer eller mindre". // De har räddat mig många gånger från psykiatrin, från att åka in alltså. // Under det här året har jag varit på väg hur många gånger som helst. Då har det alltid kommit någon och "vart är du på väg? Vad gör du nu?" // Jag har kunnat prata med någon som verkligen kunnat förklara att "det är fel, tänk si och så i stället och gör så och så." // De har tagit tag i mig och pratat med mig och fått mig på en helt annan sida utav tänkandet och det har räddat mig många gånger. // Så att jag har stöd bakom mig och det har känts underbart.

Det är ingen tvekan om hur betydelsefulla dessa stödjande samtal varit och är för Ditte. När hon har varit på väg utför har vännerna funnits där. Med de

ventilerande och diskuterande samtalen har de fått den nedåtgående spiralen att stanna upp eller rent av vända. Utan dessa samtal menar Ditte att hennes psykiska hälsa skulle förvärrats i sådan omfattning att en inläggning hade varit behövlig för att hantera situationen. Samtalen har också bidragit till vad Breier & Strauss (1984) benämner *insikt*. Det är samtal som bidrar till att individen får en mer nyanserad förståelse för sig själv, vilket de menar främjar återhämtningen. Denna samtalsform kan också tolkas som en form av distansering via dialog där individen kan få andra tolkningar och perspektiv på sin problematiska situation och hur den kan hanteras (Topor, 2001).

Vännerna som beskrivs i ovanstående exempel har inte haft något uttalat psykiskt funktionshinder. Avslutningsvis vill jag ta upp samtal med vänner som delar erfarenheten av att leva med psykiska funktionshinder. Erik berättar om en god vän han lärt känna vid den kommunala sysselsättningsverksamheten han deltagit i.

Erik: Jag kan ta ett exempel från en kille här. // En kille som också har mått dåligt. // Som sa att: "ja, jag är också rädd för att jag ska ha sagt någonting olämpligt till henne och hon ska bli arg eller någonting sådant där". Och det där kände jag igen mig i på direkten alltså. // Och då är det jätteskönt när han säger så, då känner man att man är inte ensam om en sådan tankegång. Och det är en väldigt skärpt och lugn och sansad kille som sitter och säger detta rakt upp och ner då. // Jag tror att man kan lära sig mycket genom att man pratar med en sådan här kompis eller ja, god vän. Att man kan undvika de mest komplicerade situationerna då. // Han har ringt till mig och han har även umgåtts med mig och där har vi kunnat stödja varandra.

Samtalen bidrar till att Erik bättre kan hantera sina psykiska svårigheter. Han kan som han säger genom dessa samtal lära sig undvika de mest komplicerade situationerna. Tidigare har han tvekat på sin egen förmåga och sitt eget sätt att tänka. När han så hör att vännen tänker likadant, brottas med liknande problematik, känner Erik en gemenskap som är stödjande för honom. Hans egen slutsats är att de kan vara stödjande för varandra just för att de har liknande erfarenheter av psykisk problematik. Delad förståelse för varandras situation kan främja stödprocessen eftersom sådan förståelse medför en större förmåga att skapa effektiva stödbudskap (Miller & Berlin Ray, 1994). Samtalen (och umgänget) bidrar också till att Erik känner samhörighet med sin gode vän. Denna identifikation ger individen en kraft som främjar återhämtningen (Anthony, 1993; Schön, 2009). En sådan identifikation skulle kunna medföra en självbild som förstärker rollen som psykiskt funktionshindrad vilket kan hämma återhämtningen. Samtidigt tydliggör Erik i citatet att han liknar sin vän vid en skärpt, lugn och sansad kille. Det kan tolkas som ett förtydligande från Eriks

sida, både till sig själv och till mig, att det här är en vanlig kille, en normal kille med problem och vi kan alla få problem¹⁵. På det sättet menar jag att Erik integrerar och accepterar de psykiska svårigheterna, men enbart som en del av honom och hans identitet. En sådan integrering och acceptans främjar återhämtningen genom att det medför möjligheter för individen att se sina egna förmågor att nå mål i livet trots sitt funktionshinder (Young & Ensing, 1999).

Dessa förtroendefulla och stödjande samtal bidrar inte enbart till att individen lättare kan hantera sina psykiska svårigheter och därmed komma vidare i sin återhämtningsprocess. De bidrar även till att utveckla och stärka vänskapsrelationen. De stödjande samtalen kan ses som ett tecken på att man finns där för varandra i vått och torrt. På det sättet blir de förtroendefulla stödjande samtalen också ett tecken på sann vänskap. Att ha vänner och att vara en part i en vänskapsrelation implicerar att även individen uppfattas som en vän för den andre. Rollen som vän menar jag är att betrakta som en värderad roll i samhället och bidrar därmed till att individen kan utöka sin rollrepertoar på sin väg mot återhämtning.

6.1.3. Balanserat stödutbyte

En betydande relationell aspekt som lyfts fram i materialet är den önskade möjligheten till ett balanserat stödutbyte. Stödutbytet inbegriper att ta emot stöd, att återgälda givet stöd, men även att kunna vara ett stöd för andra och att detta återgäldas. Vad som rent konkret utbyts i relationen är avhängigt situationen. Det kan vara praktisk hjälp med olika saker som exv. låna ut pengar, sitta barnvakt, åka och handla etc. Det kan också handla om att få ventilera olika problem och svårigheter. Det som är mest framträdande i intervjuerna är inte vilken typ av stöd informanterna får från sina vänner utan snarare att stödet ges inom ramen för en ömsesidig relation. Att det finns ett utbyte mellan parterna och en balans mellan givande och tagande, är en aspekt av vänskap (Roberto, 1989). Ett citat från Ditte får illustrera det.

Ditte: Jag kör efter tjänster och gentjänster. Stöttar någon mig i ett läge kanske jag kan stötta den i ett annat så det är liksom ge och ta. // Jag tycker det är så man ska göra. Hjälper någon mig med någonting som jag inte kan så kanske hon inte kan något annat som jag kan, och då hjälper så klart jag tillbaka. Så tjänster ger gentjänster, ta och ge, det är det som är en vän.

¹⁵ I intervjuerna uttrycker Erik ofta sin oro för att verka onormal, konstig eller avvikande i andras ögon.

Citatet kan sägas visa med vilken grundinställning informanterna går in i en vänskapsrelation. Vilka förväntningar (och krav) de har på sina vänner, men också på sig själva. Detta avsnitt syftar till att belysa hur individen strävar efter att balansera upp stödutbytet (och vänskapsrelationen) för att därigenom främja återhämtningen.

När individen får stöd från sina vänner infinner sig en tacksamhet, men också en direkt önskan om att återgälda det man fått. Anna berättar hur hon reagerar när hon får stöd från sina vänner.

Anna: Det är oftast inga problem. De blir nästan glada, kanske känner sig behövda. // Och när man får hjälp och det löser sig så värms (jag) av tacksamhet, förtroende, gemenskap. // (Men) jag får så dåligt samvete om någon gör något, eller jag blir så här, "ja ska jag återgälda typ med en gång?" // Jag känner mig hjälplös. Nej men så där, ja tacksamhetsskuld och vad heter det, under? // Underlägsen. // Jag har väl det i mig att man ska inte ta nåt för givet och man ska vara tacksam och så där. // För jag tänker att någon gång, kommer jag säkert att kunna göra det (återgälda) om inte med grejer så med ord eller liksom (skratt).

Den tacksamhet Anna känner övergår lätt i tacksamhetsskuld. Enda sättet att komma från den känslan är att återgälda stödet. Anna beskriver att hon känner sig underlägsen då hon tagit emot stödet och ännu inte kunnat återgälda det. Det tydliggör den maktaspekt som inryms i stödprocessen. Att ta emot utan att återgälda är att infoga sig i ett underordnande (Mauss, 1972). En oförmåga att återgälda stödet ger makten till den andra parten och lämnar individen med en ökad beroendeställning (Roberto, 1989). Annas omedelbara önskan om att återgälda är ett sätt att balansera upp relationen. På det sättet säkrar ömsesidigheten upp balansen mellan beroende och oberoende (Finch & Mason, 1993).

Citatet avslutas med att Anna tror sig kunna återgälda stödet någon gång, på något sätt. Det tydliggör att stödutbytet kan regleras över tid och på olika sätt, eller som Espvall (2001) benämner det, i olika valutor. Det visar sig även i ett citat från Katja. Hon berättar hur hon och en väninna (som också har psykiska svårigheter) stöttar varandra.

Katja: Hon är en nära väninna samtidigt som jag aldrig belastar henne med mitt. // Jag har nämnt det lite kort så där bara, men jag skulle aldrig vända mig till henne om jag hade ångest eller någonting sådant. // För jag tycker hon har nog med sitt, men däremot ringer hon mig när hon har ångest. Men det är det jag kan ge henne. Så att det är nog väldigt mycket ge och ta fast jag ger av min kunskap till henne och ja, hon är egen företagare och ger mig tips om ekonomi och sådana grejor.

Det finns balans i stödutbytet mellan dem, det sker över tid och i olika valutor. Det visar också på vilken hänsyn Katja visar sin väninna i stödutbytet. Hon belastar inte henne med sin egen ångestproblematik utan låter istället väninnan hjälpa henne med ekonomiska frågor¹⁶. Väninnan ges möjlighet att ge sådant som hon kan och är bra på (ekonomiska tips) och som hon vet att Katja behöver hjälp med. Det besparar väninnan oron för i vilken mån det hon kan ge är av värde eller inte. På det sättet menar jag att Katja bidrar till att ytterligare säkra upp balansen dem emellan. Det ökar också möjligheterna till fortsatt stöd från väninnan. I vilken mån personer ger stöd eller håller tillbaka påverkas av hur de värderar det de själva kan erbjuda (Badr m.fl. 2001). Om väninnan känt sig tveksam till vad hon hade att erbjuda Katja kunde det ha lett till att hon dragit sig undan från stödrelationen. Genom att avhålla sig från att ta emot stöd från Katja hade hon heller inte behövt oroa sig för hur hon skulle kunna återgälda det. Ett sådant undandragande hade lämnat Katja utan det stöd hon så väl behöver.

Katja är i sin tur ett stöd för väninnan vid de tillfällen då hon har ångest, det är som Katja säger, det hon kan ge henne. Katja har därmed någonting att ge som är betydelsefullt för väninnan. Att ha någonting som är åtråvärt för någon annan är av betydelse för återhämtningen i och med att man därmed slipper att ständigt befinna sig i den mottagande positionen (Topor, 2001). Möjligheten att få vara stödgivare stärker också självkänslan eftersom man då kan visa andra (och sig själv) att man duger (Skärner, 2001). Det är som Erik uttrycker det, när man stöttar någon annan växer man och känner att man betyder något för dem också. Att *vara ett stöd för andra* ger således individen en känsla av att vara värderad som människa.

Även om det är betydelsefullt att vara stödgivare finns det en gräns för hur länge man kan befinna sig i en givande position. En överbetoning på givande i kombination med en utsatt situation (såsom psykiska funktionshinder) kan leda till ökad psykisk belastning (Skärner, 2001). För att minska påfrestningen måste relationen balanseras upp. Det kan ske antingen genom att individen drar sig undan och minskar sitt stödgivande eller att hon/han får vännen att utöka sitt stödgivande/återgäldande. Ditte berättar om hur hon hanterar dessa ensidiga relationer.

Ditte: Blir det för jobbigt för mig då sätter jag stopp. // Nu klarar jag inte längre utan nu får du sköta det här själv. // En del förstår och tar verkligen tag i sakerna

¹⁶ När Katja beskriver sitt funktionshinder nämner hon svårigheten att hantera pengar och sin ekonomi som en aspekt av funktionshindret.

eller så skiter de i det, det är upp till dem själva. // Ja det ska inte gå ut över att jag mår så dåligt så att jag inte klarar av mig själv.

Ditte försöker balansera upp relationen genom att sätta gränser för sitt eget engagemang som stödgivare för att därigenom klara sig själv och sin psykiska hälsa. Samtidigt kan det vara svårt att sätta sådana gränser i den mån relationen i övrigt är värdefull, eller kanske en av få relationer i ett begränsat nätverk. Vänskapsrelationerna som sådana har visat sig vara väldigt värdefulla för mina informanter. Det finns en stor oro hos dem att förlora de få vänner de har (se vidare i avsnitt om hindrande faktorer). En tanke jag har är att denna oro kan bidra till att de har en större fördragsamhet med ensidiga relationer. De har inte samma möjlighet att avstå från relationer där ömsesidighet saknas som personer med ett större nätverk har. Även om de förordar en relation med balanserat stödutbyte, och på många sätt strävar efter det, är frågan hur reella deras möjligheter är att ställa sådana krav på sina vänner. Om vännerna försvinner är risken stor för ökad ensamhet och utsatthet.

Målsättningen är dock att balansera upp relationen genom att återgälda det stöd man får och tillse att det stöd man ger återgäldas. Sådana relationer minskar beroendeställningen som är förenad med att befinna sig i mottagande position (Skårner, 2001) och höjer människovärdet genom att man ges möjlighet att tillföra andra någonting av värde (Karlsson, 2007). Således blir detta balanserade stödutbyte också en maktbalanserad relation vilket är betydelsefullt för återhämtningen. Återhämtning handlar om att återta makten över sitt liv (Deegan, 1996). På det sättet kan man förstå individens strävan efter ett balanserat stödutbyte som en aktiv strategi för att främja sin egen återhämtning.

6.1.4. Säkerställa det sociala stödet och vänskapsrelationen

De tre föregående temana har visat på hur betydelsefull vänskapsrelationen och stödet från vännerna är för individen. Det har visat sig att individen tar ett stort ansvar för att få sitt stödbehov tillgodosett och att de stödjande relationerna bibehålls, stödbehovet till trots. Det har utkristalliserat sig fyra strategier som presenteras i föreliggande avsnitt:

- Öppenhet med de psykiska svårigheterna
- Förstärka stödbehovet
- Fördela stödbehovet
- Undvika stödsökande

Den första strategin, öppenhet med de psykiska svårigheterna, syftar till att tydliggöra stödbehovet, erhålla ökad förståelse och bibehålla relationen. Informanterna menar att det är deras ansvar att se till att vännerna får den information de behöver. Hur öppenheten kommer till uttryck och vilka konsekvenser den kan få diskuteras via exempel hämtade från Jonna, Cornelia och Ditte.

Jonna beskriver vilken skillnad det blir för henne beroende på om vännerna har kännedom om och förståelse för problematiken eller inte. Hennes psykiska svårigheter innebär bland annat att hon får svår ångest på allmänna platser som exempelvis i affärer.

Jonna: Många gånger har jag bitit ihop för att en kompis säger "vi går hit" och så säger jag "nej". "Jo men det gör vi, jag vill in här". Och så har man inte orkat ta diskussionen och så har man gått in och så har man stått där helt stirrig. Och personen springer in som ingenting och så fort personen har försvunnit så vet man inte var man ska ta vägen. // Sebbe var sådan i början, "fan sluta barnsla dig, det är bara att åka till affären så är det gjort". Men jag sa att, det är inte det, det handlar inte om att "det är bara", för jag får panik, jag vet inte vart jag ska ta vägen. Och då blev han lite så där "åh".

För att kunna gå in i en affär eller liknande behöver Jonna en vän som finns intill henne hela tiden och som är beredd på att åka hem direkt om ångesten blir för stark. När vännerna inte har vetskap om problematiken kan det som i exemplet ovan innebära att de lämnar Jonnas sida i affären och/eller att de blir irriterade och tycker att hon är barnslig. Hon får därmed inte sitt stödbehov tillgodosett då det inte är tydligt uttalat. För att kunna ge stöd måste stödgivaren inse att den andre behöver hjälp (Badr m.fl. 2001), men måste också förstå problemet och dess svårighetsgrad (Silver, Wortman & Crofton, 1990). Detta visar sig i citatet där Sebbe förmår bli det stöd Jonna behöver först när hon beskrivit sina svårigheter så att vidden av problematiken blir tydlig för honom.

Att vara öppen med sina psykiska svårigheter innebär en utsatthet för individen vilket ett citat från Cornelia får illustrera.

Cornelia: Ja det är viktigt att berätta. // Annars börjar de undra varför. // Man måste känna att jag har förtroende för dem att berätta. // De får ta det som gör att jag är som jag är. // Om jag har svårigheter med någonting så måste de se det som en del av mig. // Och tar de inte det då kan jag inte vara vänner med dem. // För då är de inte mina kompisar, för mina kompisar accepterar den jag är och jag accepterar dem.

Även om syftet är att få ökad förståelse för sina svårigheter vet inte individen med säkerhet hur informationen kommer att tas emot. Det finns en osäkerhet i om vännerna kommer att acceptera individen med dess psykiska svårigheter

eller inte. På så sätt riskeras själva vänskapsrelationen genom individens öppenhet och ärlighet. Cornelia hanterar denna svårighet genom att undvika att berätta för dem hon inte har förtroende för. Topor (2001) menar att det är först när en individ känner sig accepterad som hon/han vågar ta steget att avslöja sin psykiska problematik. Kanske kan denna acceptans handla om sådan trygghet och säkerhet i relationen som Cornelia beskriver.

I citatet från Ditte är förutsättningarna annorlunda än för Cornelia. Situationen Ditte berättar om utspelar sig då hon precis börjat umgås med sin pojkvåns kompisgäng. Hon har märkt att de ställt sig frågande till hennes sätt att agera och reagera på olika situationer och de har börjat dra sig undan.

Ditte: De blev lite konfunderade i vissa humörsvägningar och vissa beteenden jag hade. Vad som egentligen höll på att hända. Då kände jag att då var jag tvungen att förklara att "så här är det, jag är inte lika hundraprocentigt friska som ni, utan jag har den här störningen och det bidrar till att det blir så här". // Jag var rädd för att berättar jag det här så kommer det att splittra hela gruppen. // För jag har alltid känt det att jag berättar inte om det helst, för då blir man tittad (på) med ett helt annat utseende, "jaha du är en sån person". // Men det gjorde bara det att vi blev mer sammansvetsade efter än tidigare, vilket jag är väldigt tacksam för. // De har bättre förståelse för hur jag betar mig, det har de sagt att de har. Det fick de efter att jag berättade för dem. // De tar emot mig med en öppen famn och "ja jag har de problemen jag har, alla har vi problem på något sätt". // Jag känner mig mycket tryggare, mycket lugnare och jag har blivit mer självsäker, det har gått mer in i mig också, att jag kan acceptera mig för den jag är numera.

För Ditte fanns det en risk att relationen skulle gå förlorad oavsett om hon berättade om sitt psykiska funktionshinder eller inte. Om hon inte hade berättat hade de inte kunnat förstå varför Ditte agerade som hon gjorde i olika situationer. Ditte kände sig orolig för att berätta eftersom hon inte kände dem tillräckligt för att veta hur de skulle reagera. Hennes tidigare erfarenheter av hur andra förändrat sitt förhållningssätt gentemot henne förstärkte oron. Det kan kopplas samman med de sociala konsekvenser som psykisk sjukdom/funktionshinder är förenade med och som individen har att hantera i sin återhämtning (Carpenter, 2002). I Dittes fall gick det bra och vännerna accepterade henne och hennes problematik. Öppenheten ledde inte bara till att de fick en ökad förståelse för hennes problematik. Den acceptans som öppenheten resulterade i uppfattades också som ett stort stöd för Ditte. Hon beskriver hur deras acceptans stärkte henne, men också bidrog till en ökad självacceptans. Det visar hur den sociala bekräftelsen främjar återhämtningen (Breier & Strauss, 1984). Sammantaget bidrar öppenheten till ökad förståelse för problematiken och skapar förutsättningar för att få det stöd man är i behov av.

Den försätter dock individen i en utsatt situation där relationen riskerar att gå förlorad om vännerna inte accepterar individen och dennes problematik.

Den andra strategin, förstärka stödbehovet, syftar till att legitimera och säkerställa det sociala stödet. För att få stöd krävs att man har legitimitet som stödmottagare hos stödgivaren (Badr m.fl. 2001). Individen måste försäkra sig om att vännerna finner det angeläget att bistå henne/honom. Ett sätt kan vara att som ovan vara öppen med sin problematik, ett annat är att förstärka sitt stödbehov. Erik har ett fåtal vänner och är i stort behov av stödet från dem och orolig för att förlora det.

Erik: De tycker lite synd om en, att man ska behöva sitta i den sitsen. Så där är det väl litegrann att de ställer upp för att det är "lite synd om honom så då hjälper vi honom". // Så att egentligen så rider jag väl litegrann på det här att de har den inställningen. // Jag tror att om jag skulle visa för någon av de här tre utomstående att jag faktiskt helt plötsligt skulle göra en massa grejor själv och jag behöver inte er, då är nog risken att det skulle ebba ut och då skulle kanske de efter ett tag, "men det är ju inte synd om honom, varför ska vi bry oss om honom" Den risken skulle kunna finnas. // Många gånger brukar det vara så att om folk tycker att man är kavat och visar att man kan och så där, och "den är det inte synd om varför ska vi hjälpa honom".

Genom att förstärka sin problematik, "spela" på sin utsatthet, hoppas Erik få legitimitet som stödmottagare hos sina vänner (stödgivarna). Ett sådant spel förutsätter en balansgång där han inte får uppträda vare sig "för frisk" eller "för sjuk". Om andra uppfattar individen för "frisk" reduceras stödlegitimiteten och om de misstänker att individen överdriver sitt stödbehov minskar deras intresse av att vara stödjande (Espvall, 2001). Det gäller att uttrycka sitt stödbehov på ett sätt som inte skrämmer iväg stödgivaren (Silver, Wortman & Crofton, 1990) för att därigenom säkerställa fortsatt stöd från vännerna. Om strategin med att förstärka stödbehovet fungerar och stödet från vännerna bibehålls finns det en risk att det samtidigt leder till ett ökat stödberoende. Stöd som ges ska vara ändamålsenligt d.v.s. relaterat till individens förmåga. När individen förstärker sitt stödbehov får hon/han i något avseende "för mycket" stöd i förhållande till sin egen kapacitet. Sådant icke ändamålsenligt stöd kan förhindra att individens egna resurser och förmågor utvecklas (Badr m.fl. 2001).

Den tredje strategin, fördela stödbehovet, syftar till att bibehålla såväl stödet som vänskapsrelationen (stödbehovet till trots) genom att minska belastningen på var och en av stödgivarna. Ett exempel från Katja får illustrera denna strategi.

Katja: Jag försöker fördela ut mig själv så att det inte blir för jobbigt för omgivningen. // För annars kan jag nog bli väldigt tjugig om jag snöar in. // Bli det kaos i min skalle så är det massor av olika saker som rör sig och ofta handlar det om mig i relation till andra. Och du vet jag kan inte hålla på att tjata om det

med alla människor. // Det vill jag inte utsätta folk för. // Jag vill vara rädd om dem som jag tycker om så därför gör jag så.

Att vara ett stöd för andra (som exv. har psykiska svårigheter) kan vara påfrestande (Vaux, 1988). Det finns en gräns för hur länge en stödgivare orkar lyssna till problemfyllda samtal (Badr, m.fl. 2001). Katja är medveten om den påfrestning hon och hennes psykiska svårigheter kan vara för vännerna. Av omtanke om dem fördelar hon sig själv och sitt stödbehov på de tre hon har att alternera emellan. På det sättet säkrar hon upp vänskapsrelationen (trots sitt stödbehov) och samtidigt möjliggör det ett fortsatt stöd från vännerna. Denna strategi fungerar förutsatt att man verkligen har flera vänner att fördela sitt stödbehov emellan, alternativt andra stödgivare som kan ta vid. En person med förmåga att vända sig till flera personer har förhållandevis lättare att utveckla ett stödjande nätverk (Vaux, 1988), men frågan är i vilken utsträckning personer med psykiska svårigheter har detta vida nätverk av personer att välja mellan. För Katjas del har hon få personer i sitt övriga nätverk som kan ta vid. Få presumtiva stödgivare medför ökad belastning på de få som finns, men också på individen själv.

Ett annat sätt att minska belastningen på sina vänner och därmed kunna bibehålla vänskapsrelationen är att undvika stödsökande. Det är den fjärde och avslutande strategin jag funnit i materialet. Ett exempel från Anna får gestalta denna strategi.

Anna: Linnea blev nästan, kunde inte ta det riktigt och Annika kunde heller inte ta det utan de blev typ arga nästan. // Nej de klarade inte, det blev för nära eller något tror jag. // Då drog jag mig undan. Jag ville inte belasta dem med det. Och då fann jag väl min tröst i musik eller böcker eller var ute och gick mycket. Eller ensam, jag drog mig tillbaka. Och hade kontakt med psykiatrin eller sjukhus. Så jag kompenserade det eller vad man ska säga.

Anna beskriver hur hon valde att dra sig undan från sina vänner för att inte belasta dem med sina svårigheter. Hon märkte på deras reaktioner att de inte klarade av det hon berättade och undvek därefter att be om deras stöd. Även om individen har ett stödbehov kan hon/han undvika att söka stöd av omtanke om den andre (Badr m.fl. 2001). Det visar även hur vänskapen värderas. Att belasta vännerna med stödbehovet kan skapa osäkerhet i relationens bärighet. Stödsökande kan få kostsamma effekter på relationen som helhet, vilket givetvis får den största effekten på de som har ett begränsat nätverk (Albrecht & Adelman, 1987).

Ett annat sätt att förstå varför Anna undviker stödsökande kan relateras till vännernas inte helt positiva reaktion. Respons från presumtiva stödgivare

påverkar individens fortsatta stödsökande (Derlega, Barbee & Winstead, 1994). Anna upplevde att de blev arga när hon påtalade sina psykiska svårigheter och det tillhörande stödbehovet. Vännernas reaktion sårade Anna och hon kände inte att de fanns där för henne. För att stöd ska upplevas stödjande måste det förmedlas utan ilska (La Gaipa, 1990) och sårande kommunikation hindrar stödprocessen. För att återhämtningen ska kunna främjas måste individen känna att andra finns där för henne/honom (Borg, 2008), den känslan kunde vännerna inte förmedla till Anna. Det kan ha varit en bidragande orsak till varför Anna valde att undvika att söka stöd hos dem och istället försökte tillgodose sina behov på annat sätt.

De strategier individen utvecklar tyder på att denne försöker ta kontroll över sina psykiska svårigheter och tar ett aktivt ansvar för sin återhämtning (Jacobson & Greenley, 2001). Att ingå i och upprätthålla relationer med andra människor är en avgörande faktor i återhämtningsarbetet (Topor, 2001). De strategier jag lyft fram i avsnittet syftar dels till få det stöd hon/han behöver, dels till att bibehålla den betydelsefulla vänskapsrelationen. De vet hur krävande deras psykiska funktionshinder är för andra att hantera, vilket medför en risk för att relationen ska gå förlorad.

6. 2. Hindrande faktorer

En riktig vän verkar förknippas med ett gott stöd. Det kan vara det som ligger till grund för individens strävan efter att utveckla och bibehålla vänskapsrelationer. För personer med psykiska funktionshinder kan det vara svårt att upprätthålla, utveckla och även att avveckla vänskapsrelationer. I detta avsnitt diskuteras två teman; svårigheten att inkluderas i vänskapsrelationer samt relationella påfrestningar. Det första temat, svårigheten att inkluderas i vänskapsrelationer, visar på hur det psykiska funktionshindret och dess sociala konsekvenser påverkar individens möjligheter att upprätthålla och utveckla relationer. Det avslutande temat, relationella påfrestningar, visar hur individen ibland tänjer på sina gränser för vad som är acceptabelt i en relation av oro för att förlora vännerna, men till priset av sin egen hälsa.

6.2.1. Svårigheten att inkluderas i vänskapsrelationer

Att inkluderas i vänskapsrelationer är viktigt för återhämtningen och någonting som varje människa strävar efter. För personer med psykiska svårigheter finns det hinder för att etablera och upprätthålla vänskapsrelationer (Davidson m.fl. 2001). I mitt material har jag funnit tre aspekter som bidrar till dessa svårigheter; det psykiska funktionshindret, praktiska faktorer samt oro/erfarenheter av att avvisas och/eller stigmatiseras. Svårigheten att inkluderas i vänskapsrelationer innefattar således såväl det psykiska funktionshindret som sådant, som dess sociala konsekvenser.

Citat från Henrik får belysa hur dessa aspekter hänger samman och påverkar individens möjlighet att utveckla nya vänskapsrelationer. Henrik vistas sedan cirka två och ett halvt år på rättspsykiatrisk avdelning. Han har frigång vid två tillfällen i veckan och hjälper till på ett föreningscafé. Henrik berättar att han inte har några vänner och att han inte ser det som möjligt att skaffa nya vänner så länge han vistas på avdelningen.

Henrik: Under tiden man är härinne så känns det inte så bra om man träffar någon och så kan man inte bjuda hem den personen eller åka hem till den när man vill. Så det blir ett socialt hinder när man är här inne, att man måste berätta om sin bakgrund, och det kanske man inte vill göra alla gånger. Jag ser det som ett väldigt stort hinder. // De skulle reagera väldigt mycket på om man hade varit på något sådant här ställe. // Det är en känsla jag har. Och det är sådant som man har hört när man har pratat med kompisar och sådant innan, att de ser ner på människor som har problem. // De börjar att se ner på mig också, ja så känner jag. // Så det är först när jag kommer ut, när man (blir) försöksutskrivnen. Då kan man börja ta nya sociala kontakter igen.

Det faktum att Henrik är dömd till rättspsykiatrisk vård och vistas på en avdelning med olika restriktioner, ger honom praktiska problem att utveckla och upprätthålla vänskapsrelationer. Det ger honom också en oro för att avvisas eller stigmatiseras av andra om de får veta var han är inlagd och på vilka grunder. Rädslan grundar sig i de nedsättande uttalanden han hört andra uttrycka om personer med psykisk problematik. Nu är han en av dem de andra ser ner på. En erfarenhet av, eller oro för, att stigmatiseras hindrar återhämtningen (Jensen, 2004). Henriks sätt att försöka hantera de sociala konsekvenserna av den psykiska problematiken är att hålla den hemlig och avvakta sin utskrivning. Förhoppningen är att det ska skapa möjligheter för att åter kunna inkluderas i vänskapsrelationer eftersom det främjar återhämtningen (Davidson m.fl. 2001).

Den tredje aspekten som påverkar möjligheten att utveckla och upprätthålla vänskapsrelationer är relaterat till det psykiska funktionshindret som sådant. Vi återvänder till Henrik. Han uppger att hans psykiska funktionshinder tar så

mycket kraft och energi från honom att det inte finns någon ork eller tid kvar för vare sig nya eller gamla vänskapsrelationer. Henrik berättar också om hur hans två enda vänner försvunnit ur hans liv.

Henrik: Jag fokuserar bara på detta nu i stort sett, något annat orkar jag inte med. // Man orkar inte leva ett liv längre. // Man orkar inte skaffa vänner och man orkar inte umgås med människor. // Sedan är det Tobbe och Hanna. // De slutade komma och besöka mig. På det sättet märkte jag att de inte orkade med det. Tidigare hade de kommit rätt ofta trots att vi bodde långt ifrån varandra. // Det blev väl, för jag behövde få utlopp för mina känslor så jag pratade om det. // Och det tror jag att det blev för mycket för dem. // Jag blev besviken, men jag förstår dem samtidigt att det måste vara jobbigt att umgås med en sådan person som pratar så mycket om det här. // Jag skulle nog gjort likadant om jag varit i deras situation tror jag. För man orkar inte med sådana där grejor i längden som människa. // Så att jag står på egna ben nu. Och det är fruktansvärt tungt att man känner sig så ensam i det här. När man behöver folk som mest så finns de inte.

Henrik går helt upp i sina psykiska svårigheter, dessa tar all hans energi. Han kämpar för att (åter)få makt och kontroll över situationen. Även om han längtar efter kontakter med andra människor finns det inte någon kraft kvar för det. Det kan tolkas som en fas i återhämtningsprocessen (Spaniol m.fl. 2002). För att hantera sina svårigheter anpassar han sina aktiviteter till sin förmåga. Ett sådant hanteringssätt främjar återhämtningen (Topor, 2001).

Henriks två vänner, Tobbe och Hanna, har dragit sig undan från honom. Han menar att det beror på att de inte orkade med hur hans psykiska svårigheter tog överhanden i allt han tog sig för. Det var bara det han pratade om. Även om Henrik har stor förståelse för att de drog sig undan är det tomt för honom utan dem. Tobbe och Henrik är barndomskompisar och Hanna är Tobbes fru. Dessa två var de enda vänner Henrik hade och nu finns ingen kvar, han står helt ensam. Nära personliga band som mellan vänner bidrar med stöd, men är också att betrakta som ett stöd i sig (Sarason & Sarason, 2009). När vänner går förlorade går också presumtiva stödaktörer förlorade. Att vara exkluderad från vänskapsrelationer hindrar därmed återhämtningen (Davidson m.fl. 2001).

Man skulle kunna anta att den ovan diskuterade problematiken finns där just för att Henrik befinner sig på rättspsykiatrisk avdelning. Även övriga informanter upplever liknande svårigheter med att utveckla och bibehålla vänskapsrelationer vilket kan relateras till de sociala konsekvenser som är förenade med psykiska svårigheter. Cornelia har erfarenhet av att vänner har avvisat henne och avslutat vänskapsrelationen efter det att de fått veta att hon har psykiska svårigheter. Anna beskriver sin oro för att vännerna ska försvinna från henne.

Anna: Jag har jättebra vänner och en fin pojkvän som jag pratar med, men jag vill inte belasta dem för mycket heller med mina tvivel och ängslan så där. // Fast när det blir så här krisigt, alltså jag blir så ledsen och ja, nästan desperat. Och de finns där och det känns så skönt även fast jag tror att de, att de tröttnar på mig, jag är så rädd för det. Och bara "psss" (gör pysljud som om något försvinner) // Ja, dumpar mig eller ja, överger.

Personer med psykiska funktionshinder avvisas ofta i sociala relationer (Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2008). På så sätt kan man förstå den oro och rädsla som finns för att vänner ska försvinna. För att försöka upprätthålla relationen försöker Anna i möjligaste mån undvika att söka stöd från sina vänner. Både rädslor för och erfarenheter av att avvisas förhindrar stödsökandet (Brachers, Neidig & Goldsmith, 2004). För Cornelia är vännerna borta och stödsökandet inte möjligt då de aktivt tagit avstånd från henne. För Anna finns de förvisso kvar, men stödsökandet påverkas så tillvida att Anna dröjer in i det längsta innan hon belastar dem med de svårigheter hon har. Det kan innebära att hennes svårigheter förstärks. Socialt stöd handlar om tajming, stöd som kommer för sent i processen kan leda till (onödiga) misslyckanden (Badr m.fl. 2001).

I ovanstående avsnitt har jag försökt belysa hur det psykiska funktionshindret och dess sociala konsekvenser förhindrar individen att utveckla och upprätthålla vänskap. Föreliggande studies informanter har få (om ens några) vänner, men framhåller vänskapsrelationernas betydelse för dem. Eftersom det är betydande för återhämtningen att vara inkluderad i vänskapsrelationer (Sarason & Sarason, 2009) kan man förstå deras oro och rädsla för att exkluderas. Det skulle kunna bidra till att de har större fördragsamhet för mindre stödjande vänskapsrelationer vilket tangerar nästkommande tema.

6.2.2. Relationella påfrestningar

Även om vänskapsrelationerna lyfts fram som betydelsefulla och stödjande framkommer även påfrestningar i dessa relationer. *Ensidiga relationer* och *sårande beteenden* är två relationella påfrestningar som framkommit i materialet om vänner. Livsstress (exv. psykiska funktionshinder) i kombination med sociala påfrestningar kan försämra både den fysiska och psykiska hälsan (Rook, 1990). Därmed kan dessa relationella påfrestningar påverka återhämtningen i negativ riktning. Individen försöker sätta gränser för vad som är acceptabelt och inte i vänskapsrelationerna. Längtan efter och behovet av att ha vänner (men

också att vara en) kan dock leda till att de accepterar mer i vänskapsrelationen än vad de egentligen vill. Det framkommer i ett citat från Erik.

Erik: En kamrat utnyttjade det. Jag kom i lite beroendeställning till honom. // För då var han ute efter pengar och ville låna. Det var inget vidare. // Och då fick jag väl klart för mig att jag måste vara mer observant på sådant. // Vad som är rimligt och inte rimligt att tacka ja till om man säger så. // Det går inte att bara tycka att det ska vara ok med precis allting. // Och där har jag nog varit lite dålig förut, att man bara har tackat ja till alla möjliga kontakter.

I hopp om att få fler vänner har Erik försökt ställa upp och vara en bra vän för andra. Det har resulterat i att han ställt upp på mer än vad han egentligen vill. Det verkar också som om han inkluderat personer som egentligen inte lever upp till de karaktäristika som kännetecknar en vän. Han har ”tackat ja till alla möjliga kontakter” berättar han. Han går då in i relationen med förväntningar på att de ska agera såsom vänner agerar mot varandra d.v.s. finns där i ett ömsesidigt utbyte. När de inte lever upp till det förväntade leder det till otillfredsställelse och relationsproblem (Cutrona, 1989). Erik har blivit mer och mer medveten om vilka konsekvenser dessa ensidiga relationer får för honom och hans psykiska hälsa. Han försöker sätta gränser för vad som är acceptabelt och inte i relationen. Det är dock något han har svårt med och där har personalen på den kommunala sysselsättningen varit ett stort stöd för honom.

Hur ensidiga relationer påverkar individen, dennes psykiska hälsa, men också hela vänskapsrelationen framkommer även i ett citat från Cornelia. Cornelia berättar om en god vän hon lärde känna på den psykiatriska slutenvårdsavdelningen hon är inlagd på.

Cornelia: Jag träffade en tjej här inne och vi blev jättevänner och nu så skickar hon massa meddelanden till mig. Jag har ringt polisen så många gånger för att hon ringer och säger att hon ska ta livet av sig hela tiden. // Ja hon använder mig, hon vill att jag ska ringa polisen och ta henne till sjukhuset, det går inte. // Jag kan inte vara hennes vän om det är så, det är inte på lika villkor. // Det ska inte bara handla om henne, och det ska inte bara handla om mig, utan det ska handla om oss. // Man ska ge och ta i en vänskap inte bara, ta och ta och ta. // Men hon hör inte av sig annars, utan hon hör bara av sig då. // Det handlar inte om att vara med mig utan det handlar om att få hjälp och då tycker jag att hon kan, skaffa sig en annan vän. // För det ger jättemycket problem om man måste ringa till polisen hela tiden och den frustrationen att man inte kan vara där och hjälpa henne, för i början jag var helt knäckt när hon ringde och sa det, men sen när hon gjorde det den fjärde och femte gången, så det går inte.

Riktiga vänner förväntas respondera på varandras problem (Vaux, 1988), men alla är dock inte kapabla eller intresserade av att vara ett stöd tillbaka (Rook, 2009). Cornelia kände sig utnyttjad då vännen inte återgäldade det givna stödet eftersom hon förväntar sig ömsesidighet i relationen. Den enda gången vännen

hörde av sig var i samband med att hon tänkte ta livet av sig. De hade ingen gemenskap eller umgänge i övrigt. Cornelia kände sig inte värderad eller betydelsefull utan enbart utnyttjad. I tillägg till det påverkades hennes psykiska hälsa i negativ riktning av denna ensidiga relation. Det var också det som fick Cornelia att sätta gränsen för denna vänskap och bryta relationen.

Sårande beteenden är den andra relationella påfrestning jag vill tydliggöra i detta avsnitt. Det hänger förvisso samman med de ovanstående exemplen, då individen självklart känner sig sårad när hon/han utnyttjas såsom i de ensidiga relationerna. Situationen är dock i någon mån annan i det sista exemplet som jag hämtar från intervjun med Anna. Det handlar inte om ensidigt stödgivande mellan parterna eller något utnyttjande utan om kränkande uttalanden som en vän till henne använder sig av dagligdags.

Anna: Det hände med en kompis som kallade mig "pucko" hela tiden och i skojsyfte, men jag tyckte inte det var speciellt roligt så jag sa det till slut. Jag svalde ett tag och sedan så... Och då blev hon jätte- för det hade ingen reagerat på förut, så varför gjorde jag det då? Varför är jag så konstig? Då blev hon irriterad på mig för att hon måste gå och passa sig för vad hon ska säga till mig så att "inte jag blir kränkt och sårad". // Jag tvivlade jättemycket och jag grät och jag rannsokade mig själv och jag tänkte "vad är jag för människa egentligen?" Men ändå så känns det att jag måste markera när jag tycker att det går för långt. Men det är svårt att skiljas från människor, eller bli ovänner, det tycker jag. Men om jag inte hade sagt någonting skulle jag bli ännu mer besviken på mig själv, för att jag godtar det. Det kanske inte är en stor grej för vissa, men för mig är det, det. // Men det känns bra, att kunna i alla fall ifrågasätta eller ja, möta konflikter ändå. Att jag vågar det ändå.

Anna känner sig kränkt och sårad över att hennes vän kallar henne "pucko", men blir än mer sårad över vännens reaktion då Anna väljer att berätta hur hon upplever det. Vännen visar ingen förståelse eller känslighet, på det sättet kan heller inte relationen drivas framåt (Goldsmith & Parks, 1990). Även om relationen mellan dem i övrigt innehåller både rolig och stödjande gemenskap tar de negativa interaktionerna överhanden och påverkar därmed upplevelsen av stöd (Vangelisti, 2009). I efterhand är Anna stolt över sig själv, att hon tog mod till sig och sa vad hon kände, även om relationen gick förlorad.

I ovanstående exempel har jag försökt visa hur de relationella påfrestningarna påverkar relationen, individen och dennes psykiska hälsa. En betydande kvalitetsaspekt i relationen för att återhämtningen ska kunna främjas är ömsesidighet (Topor, 2001). Det är i en relation där omgivningen (vännerna) visar omtanke, hänsyn och respekt som förutsättningar för ett gott stöd skapas (Cassel, 1976). Utifrån det blir det än mer tydligt att ensidiga relationer och sårande beteenden påverkar återhämtningen i negativ riktning. För individen

innebär det ett dilemma att ta ställning till. Är själva vänskapsrelationen så betydelsefull för individen att hon/han ska sätta den före sin egen psykiska hälsa? Hur långt är hon/han beredd att gå? Var gränsen går är olika från person till person och i den bedömningen tas säkerligen flera olika aspekter i beaktande. En sådan aspekt kan vara tillgången till andra vänner. Vänner är en stödaktör som bistår med bland annat utåtriktade gemenskap och förtroendefulla och stödjande samtal. Utan dem går detta stöd förlorat och frågan är vem/vilka som kan kompensera för just det stödet.

6. 3. Sammanfattande reflektioner

Kapitlet har inalles belyst sex teman. Det första, utåtriktade gemenskap, handlade om hur vännerna agerar inspiratörer, igångsättare och modingivare för mer utåtriktade aktiviteter. Därefter diskuterades förtroliga och stödjande samtal. Dessa samtal är en del av det sociala umgänget. Den flerdimensionella vänskapen bidrar till att samtalen ska bli just förtroliga och stödjande. Det balanserade stödutbytet gestaltade hur individen strävar efter en ömsesidig relation och minskad beroendeställning, för att därigenom återta makten över sitt eget liv. Fjärde temat handlade om de strategier individen utvecklar för att säkerställa det sociala stödet och vänskapsrelationen. Där framkom fyra strategier; öppenhet med de psykiska svårigheterna, förstärka stödbehovet, fördela stödbehovet samt undvika stödsökande. Därefter diskuterades individens svårigheter att inkluderas i vänskapsrelationer. Dessa svårigheter är relaterade till det psykiska funktionshindret som sådant men även till de sociala konsekvenser det för med sig. Kapitlet avslutades så här långt med ett tema om relationella påfrestningar. Där diskuterades ensidiga relationer och sårande beteenden samt svårigheten att sätta gränser för dessa relationer då vänskapsrelationen är av så stor betydelse för individen.

6.3.1. Socialt stöd

Det sociala umgänget med vännerna framträder som ett betydelsefullt stöd. Då vännerna inspirerar och agerar igångsättare och modingivare möjliggör det mer utåtriktade aktiviteter i samhället. Det minskar risken för isolering, men är också ett närmande till den eftersträvansvärda rollen som ”normal” samhällsmedborgare. Det andra sociala stödet som betonas är de förtroliga och stödjande samtalen. Det kan vara både samtal om allmänna vardagliga saker och

om de psykiska svårigheterna. De vardagliga samtalen ger en distans till de psykiska svårigheterna. I samtalen, som är mer riktade mot de psykiska svårigheterna (s.k. trouble talk), får individen hjälp att hantera olika situationer när vännerna nyanserar tolkningar och visar på nya perspektiv. Samtal med personer med liknande erfarenheter bidrar till en ökad förståelse och möjlighet till identifikation, men också en normalisering av de psykiska funktionshindren och en ökad självacceptans.

6.3.2. Relationella aspekter

Den flerdimensionella vänskapsrelationen ligger till grund för det stöd och det umgänge som främjar det sociala stödet och återhämtningen. Det inbegriper att vännerna gör och pratar om olika saker. Parterna har i regel känt varandra länge och har en stor kännedom om varandra och hur de reagerar på olika situationer. Det ger en förtroendefull relation där det finns tilltro till att man kommer att finnas där för varandra närhelst det behövs. Härur byggs såväl vänskapen som det sociala stödet upp. En annan betydande aspekt är det balanserade stödutbytet. Det handlar om att få, att återgälda, att ge och att återgäldas. På så sätt minskar individens beroendeställning, hennes värde stärks och maktförhållandet jämnas ut. Det stärker också vänskapen och minskar den psykiska belastningen på individen. Förståelse och acceptans är två kvalitetsaspekter som är av betydelse för att få det stöd man är i behov av. För att skapa denna förståelse hos vännerna tar individen ett stort ansvar. De relationella aspekter som verkar hindrande är ensidiga relationer och sårande beteenden, d.v.s. vänskapliga relationer som inte har de karaktäristika som annars är förknippade med ”äkta vänskap”. Individens behov av vännerna, och oro för att de ska gå förlorade, medför att vissa karaktäriseras som vänner som inte borde göra det. Individens oro för (men också erfarenhet av) hur vännerna ska reagera på de psykiska svårigheterna, d.v.s. de stigmatiserande effekterna av funktionshindret kan hindra såväl stödutbytet som återhämtningsprocessen.

6.3.3. Kapaciteter och strategier

Det sociala stöd vännerna bistår med (umgänge och samtal) ger individen mod att våga sådant hon/han annars inte tror sig klara. Samtalen bidrar också till att utveckla förmågor hos individen att själv hantera sina svårigheter för att komma vidare i livet. Fyra strategier framträdde i materialet. Den första är öppenhet

med de psykiska svårigheterna vilken syftar till att nå ökad förståelse för att kunna bibehålla relationen och få sitt stödbehov tillgodosett. Förstärka stödbehovet syftar till att legitimera stödbehovet och tillse att vännerna finner det relevant att stödja individen. Risken med denna strategi är att stödberoendet ökar och de egna kapaciteterna går förlorade. Den tredje strategin, fördela stödbehovet, syftar till att bibehålla stödet och relationen genom att minska belastningen på enstaka stödgivare. Denna strategi förutsätter dock att det finns flera personer att fördela stödet på. Samma sak gäller den avslutande strategin, undvika stödsökande.

6.3.4. Återhämtningen

Vännerna främjar återhämtningen genom det sociala stöd de bidrar med, främst den utåtriktade gemenskapen och de stödjande samtalen. Den annars bristande initiativförmågan stimuleras med hjälp av vännernas engagemang. De stödjande samtalen bidrar till att de psykiska svårigheterna inte tar överhanden och att individen kan utveckla nya sätt att hantera hinder och svårigheter på, men även undvika problematiska situationer. På så sätt främjas individens möjlighet att nå *kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter*. Individen tar själv ett aktivt ansvar för att skapa denna kontroll då hon/han utvecklar strategier för att få det stöd hon/han behöver samt för att bibehålla den stödjande relationen.

Via den utåtriktade gemenskapen främjas återhämtningen. Vännerna gör olika saker tillsammans med individen. Det lämnar mindre utrymme för problem och svårigheter, men inkluderar också individen i andra sociala sammanhang. Det sociala umgänget med vännerna främjar därmed individens strävan efter *meningsfulla roller i samhället/social gemenskap*. När vännerna stannar kvar även när de får kännedom om de psykiska svårigheterna och på olika sätt försöker hjälpa och stödja individen bidrar det till målet att *erhålla erkännande och acceptans*. Vännernas sätt att förhålla sig till individen och dennes problematik främjar individens självacceptans vilket är betydelsefullt för möjligheten att utveckla *identitet och besegra stigma*.

Återhämtningen hindras när vänner drar sig ur relationen då de får veta att individen har psykiska svårigheter och/eller om de avvisar individens stödförfrågan. Dels går en presumtiv stödperson förlorad och därmed möjligheterna till socialt stöd. Dels försvinner vänskapsrelationen vilket exkluderar individen från den betydelsefulla rollen som vän. Oron för och erfarenheter av att avvisas och/eller stigmatiseras medför att individen ibland

avhåller sig från att berätta om sina psykiska svårigheter. Risken finns dock att vännerna ändå drar sig undan då de kan missförstå individens agerande och/eller reaktioner, när de inte har vetskap om den psykiska problematiken. En annan risk med att hålla funktionshindret hemligt är att stödbehovet inte tillgodoses och de psykiska svårigheterna kan då tillta. Ensidiga relationer och sårande beteenden hindrar återhämtningen då det innebär en påfrestning för individen och dennes psykiska hälsa. Samtidigt riskeras relationen om individen sätter gränser för vad hon/han finner acceptabelt, vilket kan innebära att individen visar större fördragsamhet i dessa relationer.

6.3.5. Konklusion

Vänner verkar vara per definition stödjande. Det är de som finns där och ställer upp för varandra som kategoriseras som vänner. Även om man inte kan kräva någonting av vänner finns det förväntningar om hur man ska agera som ”äka vän”. Om personen inte lever upp till det förväntade, kommer hon/han heller inte att kategoriseras som vän. Detta är en sanning med modifikation. Det verkar utifrån mitt resultat finnas en viss glidning i vad som är att betrakta som acceptabelt och inte i en vänskapsrelation, vilket kan vara kopplat till den betydelse vänskapsrelationer har samt svårigheten att upprätthålla och utveckla sådana relationer då man har psykiska funktionshinder. Det kan medföra en större fördragsamhet i de få vänskapsrelationer man har. En annan aspekt jag särskilt vill betona från analysen av vänskapsrelationerna är hur tydligt individen framträder som aktiv. Hon/han tar ett stort ansvar för såväl relationen, stödet som återhämtningen. Vänskapsrelationens värde, vännernas inverkan och stöd verkar således främja och mobilisera individens egen kraft och förmåga, vilket är en betydande faktor för en positiv återhämtning.

Det sociala stödet från vännerna är mer utåtriktat och gemensamhetsskapande till sin karaktär än vad stödet från släkt och familj är. Stödet från dem är mer inriktat på vardagliga sysslor och på att få vardagen att fungera, men stimulerar inte i lika hög grad till aktivitet som stödet från vännerna. Även om individen på olika sätt försöker värna den stödjande relationen till sina närstående är det än mer tydligt i vänskapsrelationen. De balanserande och säkrande elementen är mer framträdande här. På så sätt framträder individen som mer aktiv i relation till vännerna än till släkt och familj när det gäller att bevara och utveckla den stödjande relationen. Den stödjande relationen från vännerna är dessutom på ett sätt mer sårbar än den till släkt och

familj vilket medför en ökad varsamhet och försiktighet i hur den ska hanteras för att inte gå förlorad. När det gäller återhämtningen så skulle jag säga att det stöd vännerna bistår med främjar den sociala samvaron och meningsfulla roller i samhället i större utsträckning än vad släkt och familj gör.

ARBETS- OCH STUDIEKAMRATER

Inledning

I föreliggande kapitel är det arbets- och studiekamrater som är i fokus. Dessa aktörer finns inom tre olika kontexter; reguljärt lönearbete, studier och övriga arbetsformer. Med övriga arbetsformer avses exv. kommunala sysselsättningar för personer med psykiska funktionshinder, men även olika former av praktikplatser individen kan ha inom ramen för sin sjukskrivning¹⁷. Grundförutsättningen för dessa relationer ligger i att individen har tillträde till arenan arbete/skola/sysselsättning. Individens tillträde är en viktig förutsättning för dessa relationer, men är också betydande på andra sätt vilket jag menar är viktigt att ha med i läsningen och förståelsen av detta kapitel.

Personer med psykiska funktionshinder får ökat välbefinnande om de har arbete eller arbetsliknande sysselsättning som upplevs meningsfullt och är anpassat till deras förmåga. Arbetet har flera betydelsefulla karaktäristika såsom att känna sig nyttig och ingå i en arbetsgemenskap (Leufstadius, 2008). Det utökar det sociala umgänget, individen får en funktion och blir en del av det sociala samspelet (Karlsson, 2008). Ett lönearbete är det ultimata målet i återhämningsprocessen för personer med psykiska funktionshinder (Leete, 1989). Det bekräftas av samtliga mina informanter som alla strävar efter arbete, i synnerhet ett lönearbete¹⁸. Studier, praktikplatser och annan sysselsättning ses förvisso som betydelsefullt, men målsättningen och det ideala är ett ”riktigt” arbete.

Ditte: Jag vill ut i arbetslivet igen. För det är det sista jag har kvar för att bli hundra procentigt stärkt igen, det är att få komma ut i arbetslivet. // Ja bli en, citattecken ”normal” så är det arbetslivet.

Erik: Bara det att få ett jobb skulle vara en väldig kick för självkänslan. Då skulle man nästan känna sig fullvärdig så att säga.

Som citaten belyser är arbetet ett tecken på att man är en normal och en fullvärdig medborgare som gör rätt för sig. En målsättning med återhämtningen

¹⁷ Informanterna refererar till arbete och arbetskamrater oavsett vilken sysselsättningsform det handlar om. I analysen beskriver jag om det är lönearbete, sysselsättning eller praktikplats som avses.

¹⁸ Även om de har lönearbetet som ideal tror sig inte alla kunna uppnå detta ideal på grund av sitt psykiska funktionshinder.

är att återfå meningsfulla och värderade roller i samhället och den mest eftersträvansvärda rollen är just rollen som anställd (Spaniol m.fl. 2002). Det är med bakgrund av det som vi kan förstå arbets-/studiekamraters betydelse för återhämtningen.

7.1. Främjande faktorer

Avsnittet består av två teman. Det första temat, rollen som arbets-/studiekamrat, handlar om hur arbetskamrater kan främja individens möjlighet att anta en värderad roll i samhället. Det andra temat, stöd för att klara arbetssituationen, handlar om det stöd individen behöver för att hantera sin arbetssituation vilket ytterst är en förutsättning för att bibehålla rollen som arbets-/studiekamrat.

7.1.1. Rollen som arbets- och/eller studiekamrat

Tillgång till värderade roller i samhället är viktigt för återhämtningen (Rosenberg & Lindqvist, 2004; Spaniol m.fl. 2002). Rollen som arbets-/studiekamrat är en sådan värderad roll. Den ger individen möjlighet att se det psykiska funktionshindret som enbart en aspekt av sin identitet (Ridgway, 2001) då individen inte blir bemött som i första hand psykiskt sjuk (Topor, 2001). Det förutsätter dock att individen inkluderas i gemenskapen (Borg, 2008). I materialet framträder att arbets-/studiekamrater kan främja känslan av gemenskap och delaktighet, men också bidra till att psykiska svårigheter överbryggas.

Anna berättar att hon tidigare hade svårigheter att möta i synnerhet nya människor, men i samband med studierna vid Komvux förändrades det.

Anna: Man träffar nya människor och man lär känna nya människor. Jag märker nu när jag börjat skolan att jag har blivit mer social, jag är inte så rädd längre. Alltså jag kommer ihåg när jag började läsa några strökurser, jag var så rädd så jag lipade innan för att gå till skolan och var tvungen att träffa människor.

Citatet visar på hur rollen, som i det här fallet student, skapar förutsättningar för delaktighet. Via den, i någon mån påtvingade, samvaron med lärare och andra elever kan Anna överbrygga sina svårigheter vad gäller kontakter med andra människor. Hon upplevde det som ett stort steg framåt i sin återhämtningsprocess. Hon inkluderades i ett sammanhang där hon sågs som en elev bland andra elever och ingen hade vetskap om hennes problematik. På det

sättet bidrog de andra till hennes återhämtning. Anna var dock den person som själv tog steget till rollen som elev. Hon anmälde sig till utbildningen trots att hon visste att den förutsatte samvaro och samarbete med andra, något som hon hade stora problem med på grund av sina psykiska svårigheter. Detta faktum var Anna väldigt stolt över när hon berättade för mig att hon hade vågat. Det kan tolkas som ett aktivt ansvar för att försöka få kontroll över hinder och svårigheter (Jacobson & Curtis, 2000). Denna sociala förmåga som Komvux-studierna kom att medföra tog Anna med sig i andra situationer. Hon berättar vid sista intervjun att hon sommarjobbade och hon beskriver det så här:

Anna: Att fungera i en grupp, att vara ett lag och ett arbetslag och nej men det kändes helt underbart.

Det blir än tydligare här hur Anna värderar möjligheten att vara en del av en grupp och att det fungerar. Hon inkluderas som arbetskamrat och värderar det högt, vilket märks då hon strålar med hela ansiktet när hon berättar om det. Till saken hör också att det är i stort sett det första riktiga arbete Anna har haft. Citaten visar hur Anna vuxit socialt och känner sig mer säker i samvaron med andra människor. Topor (2001) menar att ett led i återhämtningen är att återerövra sitt "förlorade jag" vilket inbegriper att känna ökad säkerhet i relation till andra. Det har bland annat att göra med hur psykiska sjukdomar/funktionshinder och dess konsekvenser får effekt på en människas identitet.

Ett annat exempel på hur värdefull rollen som arbetskamrat är och hur det kan ge positiva återverkningar för individens identitet och självbild hämtar jag från Henrik. Henrik upplever sin vistelse på den rättspsykiatriska avdelningen som helt meningslös. Dels anser han att han inte borde vara där, dels finns det ingenting att göra på avdelningen. Han har frigång vid två tillfällen i veckan för att "arbeta" på ett café. Caféet drivs av en frivilligorganisation och dit kommer människor med olika typer av svårigheter och problematik. Arbetet på caféet och umgänget med såväl kollegor som besökare trivs han bra med. Henrik beskriver att det känns som att komma tillbaka till sitt vanliga jag när han är på caféet. Han tycker att han blir mer lättsam och glad där jämfört med på avdelningen där han är mer inbunden, något han tror har med umgänget att göra.

Henrik: Det är mycket bättre än att gå här hela dagarna och inte ha någonting att göra. // Man får möjlighet att känna sig behövd och att man får möjlighet att komma ut i samhället igen på ett bra sätt. // Där (på caféet) har självkänslan byggts upp lite grann faktiskt. // Det har med folk att göra, vilken kategori av människor man tvingas umgås med. Här (på avdelningen) tvingas jag umgås med människor jag inte normalt skulle vilja ha omkring mig, både personal och

intagna. Medan jag då på Caféet  r mer åt det frivilliga hållet. // Det  r andra där som är vanliga arbetskamrater som g r att det blir bra.

Han lämnar sin sjukroll på avdelningen och antar rollen som caf personal och närmar sig därmed den attraktiva medborgarrollen. Även om det  r en praktikplats inom ramen för sjukhusvistelsen, upplevs denna roll för honom som mer värderad  n rollen som r ttpsykiatrisk patient, vilket höjer hans självkänsla. På det sättet kan han se sig själv (och kanske framstå i andras ögon) som en person som tar ansvar i samhället (Karlsson, 2007). Det  r också som caf personal han inkluderas på caféet av övrig personal och besökare, inte som psykiskt sjuk¹⁹. Vilket bidrar till återhämtningen och ger en bättre livskvalitet (Rosenberg & Lindqvist, 2004).

Ytterligare en styrka ligger i att samvaron och gemenskapen  r med personer utanför det ”psykiatriska området”. Sådant umgänge  r en betydelsefull aspekt i återhämtningsprocessen (Roe & Chopra, 2003), då det ger individen en möjlighet att lämna sin sjukroll och spela andra roller i relation till omgivningen. F r Annas del var studierna och hennes sommarjobb helt utanför det psykiatriska området. Caféet (och den förening som driver det) där Henrik arbetar besöks dock ofta av personer med olika former av problematik, men kunde ändå bidra till att han kunde anta en annan roll  n sjukrollen.

Även de som vistas på kommunala sysselsättningar för personer med psykiska funktionshinder berättar hur de upptas i gemenskapen som arbetskamrater och inte i första hand som psykiskt sjuka²⁰. Det de lyfter fram  r hur de integreras och känner samhörighet utifrån aspekter som liknande ålder eller gemensamma intressen. Det  r således faktorer som är kopplade till en värdering av individen som person bortom sjukrollen. Ett citat från Erik f r gestalta det. Han berättar om sin tid på en kommunal sysselsättning för personer med psykiska funktionshinder. De försöker göra olika aktiviteter och deltagarna f r gärna komma med egna förslag som övriga deltagare sedan f r tycka till om. Erik berättar att hans förslag mottagits positivt.

Erik: Jag hade bland annat hittat en glashytta vi åkte och tittade på. Och det var några stycken som  kte med. Vi var en fyra fem stycken kanske, det  r väl ett utav de exemplen. Sedan föreslog jag att vi skulle k ra dressin h r i augusti och det, det blir väl av också. // Så att det  r en del skojiga grejor som händer och det, så visst har det betydelse, det är helt klart.

¹⁹ Det är bara chefen för caféet som vet om att Henrik vistas på r ttpsykiatrisk avdelning. Henrik har inte berättat det f r någon annan där.

²⁰ De  r förvisso deltagare på verksamheten på grund av sitt psykiska funktionshinder, vilket de alla vet. Den delade erfarenheten är betydelsefull för förståelsen för varandras problematik, men inte det man lyfter fram främst när det gäller hur man n r gemenskap och samhörighet.

Han bemöts som en arbetskamrat med goda idéer och när medarbetarna anammar hans förslag kan det tolkas som en bekräftelse av honom som individ. Det får honom att känna sig delaktig och att han bidrar med någonting till de andra som ligger bortom rollen som psykiskt funktionshindrad. Känslan av delaktighet och samhörighet är främjande för återhämtningen (Cruse, 2008).

Återhämtningen för personer med psykiska funktionshinder främjas när de ges möjlighet att anta normala funktionella och sociala roller i samhället (Anthony, 1993; Ridgway, 2001). Skälet till varför arbets-/studiekamrater är så betydelsefulla för återhämtningen kan kopplas till Hirschs (1980) resonemang om nätverk med låg täthet²¹. Han menar att det är sådana nätverk som kan främja rollförändringar. Ju längre bort nätverksmedlemmarna är från varandra desto färre gemensamma erfarenheter och roller finns det. Sådana nätverk erbjuder därmed andra (nya) sociala identiteter och aktiviteter som främjar individens omorganisering av sitt liv. Sett utifrån ovanstående resonemang kan man förstå rollen som arbets-/studiekamrat som just en sådan roll där arbetskamraternas inkludering av individen kan främja denna rollförändring. Gemenskapen och samvaron bidrar till att individen kan ta en plats bortom sin sjukroll. Det höjer hennes självkänsla då hon/han värderas som människa utifrån andra premisser än de psykiska svårigheterna. Att vara en del i en arbetsgrupp minskar även de stigmatiserande effekterna av psykisk sjukdom och främjar den samhälleliga acceptansen, vilket underlättar det vardagliga livet på fler arenor än just arbetsarenan för personer med psykiska funktionshinder (Leete, 1989).

7.1.2. Stöd för att klara arbetssituationen

Det stöd som efterfrågas och som ses som stödjande är relaterat till möjligheterna för individen att klara av sin arbetssituation. Det avser hjälp med att hantera såväl arbetsuppgifter som relationer på arbetsplatsen. Förståelse både för funktionshindret och individens ibland begränsade förmåga att utföra sina arbetsuppgifter på det sätt som ”man brukar” är även det ett betydelsefullt stöd som arbetskamrater kan bistå med. Med sådant stöd ges individen möjlighet att klara av sin arbetssituation trots sina svårigheter.

Hjälp med att strukturera upp dagen och de arbetsuppgifter som ska utföras är ett sådant stöd som efterfrågas av informanterna. Ditte vistas på en kommunal sysselsättningsverksamhet för personer med psykiska funktionshinder. På grund av sitt psykiska funktionshinder har Ditte svårt att strukturera sin vardag. På

²¹ Det han har studerat är änkor och deras psykiska hälsa relaterat till olika typer av nätverk.

arbetsplatsen tar hon ofta på sig för många arbetsuppgifter vilket medför ökad stress och en känsla av misslyckande när hon inte hinner eller orkar utföra dem.

Ditte: Då lär, de tränar med mig för att varva ner. // Nu Ditte, den (uppgiften) tar vi bort och den tar vi till den andre i stället. // Det blir väldigt mycket och jag har stressat på lite väl för mycket. // Jag har satt upp mig på lite för mycket, men det är det att jag har för höga krav på mig själv.

Ditte får hjälp att strukturera upp dagen utifrån hennes förmåga så att kraven ska bli rimligt höga och möjliga att uppnå för henne. Detta strukturerande stöd ges främst från arbetsledarna vid sysselsättningen även om Ditte uppger att även deltagarna hjälper varandra där²². På så sätt finns förutsättningarna för förståelse, stöd och en anpassning av arbetsuppgifterna i förhållande till individens förmåga inbyggt i verksamheten som sådan. För personer som har ett arbete på den ordinarie arbetsmarknaden kan förutsättningarna för stöd se annorlunda ut.

Katja har ett arbete på den ordinarie arbetsmarknaden. Det är förknippat med arbetsuppgifter som ska göras, vilket ställer krav på individen som anställd att utföra dessa (Karlsson, 2008). Det finns ingen anpassning av arbetsuppgifterna relaterade till Katjas funktionshinder. För att kunna leva upp till kraven och klara av sin arbetssituation är hon i behov av stöd på arbetsplatsen. Det finns inget organiserat sådant stöd²³, men Katja har en förtrogen arbetskamrat som ställer upp och hjälper henne. Katja har liknande problem med att få struktur på dagen och arbetsuppgifterna som Ditte. Hon har även svårt att förstå hur arbetsuppgifterna ska utföras och vad arbetskamrater menar på exv. möten eller när de ger henne olika uppgifter. Det blir lätt ostrukturerat och förvirrat för henne vilket bäddar för oro och ångest och även konflikter²⁴.

Katja: Caroline ingår i min arbetsgrupp och hon får på något vis ta ansvaret och hjälpa mig i arbetsgruppen. // Stöttar och täcker upp och så. // Hon kan se när det är snurrigt eller när jag behöver ha en extra förklaring eller någonting så kan hon gå in. Ibland om jag tappar ord så kan hon fylla i utan att jag behöver, ja hon vet hur det är. // Hon vet hur jag funkar. // Trasslar jag in mig i en förklaring så kan hon förtydliga, för att hon begriper vad jag pratar om. // Hon ser när jag är på väg att explodera eller ja när det blir snurrigt, och då kan hon gå in och lägga in en förklaring eller så.

Det stöd Caroline bistår med är en förutsättning för att Katja ska klara av sina arbetsuppgifter (och arbetsrelationer) trots funktionshindret eftersom det inte finns någon möjlighet att anpassa arbetsuppgifterna till Katjas förmåga. Det

²² Ditte kategoriserar arbetsledarna på sysselsättningen som kollegor, inte som professionella då hon menar att de är på samma jämlika nivå.

²³ Chefen avvaktar en diagnosutredning, innan dess vill han inte sätta in några stödsatser för Katja.

²⁴ Se vidare i temat om konflikter.

faktiska stödet Caroline bistår med kan kategoriseras som kognitivt stöd (Hedin, 1994). Caroline försöker förklara olika saker för Katja och ger henne råd och vägledning för hur hon kan agera. Stödet har problemfokus och syftet är att komma med förslag och försöka finna svar och lösningar på problem (Derlega, Barbee & Winstead, 1994). Citatet tydliggör också vikten av förståelse för problematiken för att kunna ge det stöd individen behöver. Katja beskriver det som ”Caroline ser, hon vet hur det är, jag behöver inte förklara”. Eftersom en stödhandling inte kommer till stånd förrän givaren bedömt mottagaren som berättigad till stöd (Badr m.fl. 2001) förutsätter det att den andre vet om och faktiskt förstår vad det handlar om. Legitimeringsprocessen underlättas av att individen kan vara öppen med sin problematik och sitt stödbehov. Att förståelsen är så grundläggande för det stöd individen behöver framkommer i ett citat som även det är hämtat från Katja.

Katja: Det måste fungera smidigt på jobbet, jag vill inte att folk ska vara irriterade på mig utan jag behöver lite hjälp. // Jag gör alltid mitt yttersta, jag gör alltid så gott jag kan, men det kanske inte alltid de förstår det. // För ibland blir det fel då, ibland kanske inte jag har hajjat och då får man ta det ytterligare ett varv med mig. // Jag tycker att de ska veta om detta. // Jag vill helst förklara för dem att det är så här jag funkar, ta inte illa vid dig utan fråga eller gör mig uppmärksam på saker i stället för att säga att fan va hon är knäpp som inte hälsar, när jag kanske inte ens har noterat det.

Citatet visar Katjas medvetenhet om sitt psykiska funktionshinder, vilka begränsningar och vilket stödbehov det för med sig i arbetssituationen. Önskan om att berätta och därmed skapa förutsättningar för stöd kan tolkas som ett försök att ta aktiv kontroll över sina svårigheter för att därigenom främja återhämtningsprocessen (Anthony, 1993). Katjas ambition är att göra så gott hon kan, samtidigt inser hon sin begränsade förmåga att utföra arbetsuppgifterna såsom förväntat. Arbetskamraters stöd och förståelse kan underlätta, men förutsätter som citatet visar en kännedom om problematiken. För Katja finns dock inte den möjligheten då hennes chef avrått henne från att berätta i avvaktan på att utredningen som Katja genomgår blir klar. Caroline är därmed den enda förutom chefen som vet om att Katja har ett psykiskt funktionshinder. Det innebär att Katja får förlita sig på en enda person, vilket också innebär en stor belastning för Caroline som den enda stödgivaren.

För Jonna är förutsättningarna annorlunda. Även hon har ett vanligt lönearbete, men har alltid kunnat vara öppen med sina psykiska svårigheter på arbetsplatsen. Ett citat från henne visar på hur förståelsen inte bara är en förutsättning för stöd utan också ett stöd i sig.

Jonna: Det har varit väldigt skönt att veta att alla på jobbet har vetat om det och inte har dömt en. För de har själva, några av dem, inte mått så jäkla bra och mår inte så bra fortfarande. Så att man kan känna att de förstår. // Och när vi är så få så kommer man in i en sådan grupp, där man kan om man mår lite dåligt börja gråta eller kunna säga vad det är. // Och chefen han frågar "Hur är det med dig Jonna?" "Är du säker på att du ska jobba över, du får tänka på..."

Det stöd Jonna efterfrågar är inte i så hög grad relaterat direkt till utförandet av arbetsuppgifterna. Det hon behöver är förståelse för hur hon kan må. Att den förståelsen och acceptansen finns visar sig i citatet då Jonna påpekar att hon alltid kan berätta hur hon känner sig och att det är okej att gråta om det är det hon behöver. Indirekt påverkar denna förståelse även hennes förmåga att utföra sina arbetsuppgifter då hon slipper anstränga sig eller låtsas må bättre än vad hon gör. Det finns, menar Sarason, Sarason & Pierce (1994), en koppling mellan känsla av acceptans och känsla av stöd oavsett vad som egentligen utbyts rent konkret. På det sättet kan förståelsen i sig verka stödjande utan att vara konkretiserad i någon aktiv uttalad stödhandling. Själv relaterar Jonna förståelsen till att de är en liten arbetsgrupp och att flera av dem har egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Gemensamma erfarenheter kan vara en viktig grund för förståelse (Skårner, 2001). Ytterligare en förutsättning som kanske bidrar till arbetskamraternas förståelse för problematiken kan vara att två av dem också är släktingar till Jonna.

I avsnittet har jag försökt visa vilket stöd individen behöver för att klara sin arbetssituation, sitt funktionshinder till trots. Det handlar om strukturerande stöd, kognitivt stöd samt förståelse både som förutsättning för stöd och ett stöd i sig. Relationer på arbetsplatsen kan vara ett stöd i arbetsrelaterade frågor, men det stöd som ges där spiller även över på icke-arbetsrelaterade situationer (Brand & Hirsch, 1990) och får därigenom återverkningar på återhämtningen i sin helhet. Stödet som arbetskamraterna bidrar med skapar förutsättningar för att individen ska kunna bibehålla sitt arbete. På det sättet blir stödet kopplat till att bibehålla den betydelsefulla rollen som arbetskamrat. När individen, trots sina symtom och svårigheter, eftersträvar att bibehålla sina (arbets-)uppgifter och sina roller (här som arbetskamrat) visar det hur individen aktivt försöker främja sin återhämtning (Anthony, 1993) och där arbetskamraterna genom det stöd de tillhandahåller kan främja denna process.

Förutsättningarna är dock olika. För Ditte finns såväl anpassningen av arbetsuppgifter till hennes förmåga och förståelsen för hennes problematik inbyggt i verksamheten som sådan, då hon vistas på en kommunal sysselsättningsverksamhet. För Katja och Jonna finns inte samma förutsättningar till anpassning av arbetsuppgifterna, då de har jobb på den ordinarie

arbetsmarknaden där det finns andra och högre krav på prestation och lönsamhet. Stöd och förståelse från arbetskamrater kan givetvis öka möjligheterna för att individen ska kunna hantera sina arbetsuppgifter, men frågan är hur långt de har möjlighet att sträcka sig och hur långt det räcker utan att även arbetsuppgifterna anpassas till individens förmåga. Frågan är också hur det stöd Katja och Ditte får från sina arbetskamrater ska tolkas. Är det att betrakta som ren tur att de har så välvilliga arbetskamrater som ställer upp för dem? För vilket krav kan man egentligen ställa på arbetskamrater? Det skulle kunna föra oss in på en diskussion om supported employment²⁵, men det ligger utanför denna avhandlings syfte och fokus. Klart är dock att utan stöd från arbetskamrater finns det en stor risk att individen förlorar sin roll som arbetstagare.

7.2. Hindrande faktorer

Det första temat i detta avsnitt handlar om konflikter. Dessa konflikter kan vara relaterade till hur arbetsuppgiften utförs eller till det sociala spelet. Det andra temat belyser oron för att exkluderas och de strategier individen utvecklar för att minska dessa förmodade och/eller reella utestängande konsekvenser.

7.2.1. Konflikter

Arbets-/studiekamrater är inte bara presumtiva stödgivare utan kan också vara en källa till stress (Brand & Hirsch, 1990). De har krav och förväntningar på hur arbetsuppgifter ska utföras, men också på hur det sociala spelet ska spelas. Det finns en ordning i hur saker och ting ska utföras och om individen går utanför denna ordning, betraktas hon/han som avvikande. Kraven och förväntningarna kan, på grund av det psykiska funktionshindret, vara svåra att leva upp till. Den sociala situation som arbetslivet innebär medför som Karlsson (2008) uttrycker det ganska avancerade sociala färdigheter. När individen inte kan agera som förväntat kan konflikter eller andra relationsproblem uppstå. I materialet har det utkristalliserat sig två former av konflikter. Den första är relaterad till hur arbetsuppgiften utförs den andra till det sociala spelet.

²⁵ Ett av dess grundantaganden är att en individ kan klara vad som helst förutsatt att hon/han får rätt stöd (Anthony & Blanch, 1994). Vid Vårdalinstitutet bedrivs ett forskningsprojekt om supported employment för personer med långvariga psykiska funktionshinder under ledning av Ulrika Bejerholm, Dr. i medicinsk vetenskap.

Som vi sett i tidigare teman har samtliga informanter en hög ambition om att utföra sina arbetsuppgifter på ett så bra sätt som möjligt, funktionshindret till trots. Samtidigt medför deras psykiska funktionshinder en svårighet att utföra arbetsuppgifterna som förväntat. Informanterna beskriver svårigheter med att strukturera och prioritera olika uppgifter. Flera av dem har egna rutiner eller scheman, för vad som ska göras under veckan, för att därigenom få vardagen att fungera. Behovet av just sina egna rutiner kan krocka med arbetsplatsens, där det krävs såväl flexibilitet som anpassning till organisatoriska regler och rutiner. Det är i dessa situationer individens psykiska funktionshinder blir tydligt och konflikter med arbets-/studiekamrater kan uppkomma.

Ett citat från Katja får belysa konflikter relaterade till hur arbetsuppgiften utförs. Hon har som tidigare nämnts ett arbete på den ordinarie arbetsmarknaden. Hon trivs med sina arbetsuppgifter, men det finns stora konflikter i arbetsgruppen. De tycker att hon gör felaktiga prioriteringar och att hon inte följer de regler och rutiner som gäller. Det blir stora konflikter när Katja hävdar sina egna rutiner och prioriteringar. Kollegorna irriterar sig på Katjas sätt att utföra arbetet. Hon har stora svårigheter att bedöma hur lång tid olika arbetsuppgifter kan ta, och hur och vad som ska prioriteras, vilket orsakar stora diskussioner i arbetsgruppen. Citatet nedan belyser en av konflikterna som handlar om arbetstiderna, där kollegorna är väldigt irriterade över att Katja, enligt dem, satt i system att komma för tidigt till jobbet.

Katja: Klockan ringer kvart i sex, jag går kvart över sex och är på jobbet vid, ja mellan halv sju och kvart i sju. // De (kollegorna) tycker att man jobbar mellan åtta och halv fem och jag jobbar mellan sju och halv fyra. // Därför att vi har flex mellan sex och midnatt. Men det ska vara flex också och ska inte vara satt i system. Då har jag fått till mig att, du har ett schema som du jobbar efter Katja och så är det inte tänkt. Och så har jag försökt att ändra det själv. Men det har inte funkat. För att jag har, då har jag blivit så, då har jag ställt klockan senare, men då har jag fått stressa som en blå. Så att jag ställde tillbaka den tiden igen alltså.

För att hantera sin vardag behöver hon rutiner och struktur både hemma och på arbetsplatsen, och när hon inte kan följa dessa blir det kaos för henne. Katja har försökt att ändra på sina rutiner för att tillmötesgå kollegornas krav och förväntningar. Här ställer dock det psykiska funktionshindret till det för henne. I just det här fallet försökte Katja gå upp lite senare på morgonen för att därigenom komma lite senare till jobbet. Det medförde dock inte att hon gick senare till arbetet utan i samma tid som vanligt och fick därmed kortare tid på sig att hinna göra de morgonrutiner som hon måste göra. För att minska stressen för sig själv, återgick hon till sina vanliga rutiner, konflikterna till trots. Katjas

möjligheter att anpassa sig till det förväntade är små på grund av hennes psykiska funktionshinder. Hennes eget argument för sitt sätt att agera är att hon måste hantera de psykiska svårigheterna på sitt sätt för att arbetsuppgifterna överhuvudtaget ska bli möjliga att utföra.

Krav och förväntningar kan vara av godo och bidra till social utveckling, men när de är för omfattande kan det få till följd att relationerna upplevs som konfliktfyllda och belastande (Espvall, 2001). I det här fallet är kraven och förväntningarna högre än förmågan, vilket innebär en ökad belastning på individen med en stor risk för att misslyckas. Den kraft och energi individen har går åt till att hantera konflikten i gruppen, istället för att kunna använda den för att överbrygga och hantera de svårigheter och hinder hon/han har att utföra sina arbetsuppgifter.

Konflikter uppstår även i relation till det sociala spelet på arbetsplatsen. Flera informanter beskriver hur svårt det kan vara att leva upp till det som förväntas socialt av dem i olika grupper, vilket skapar konflikter och irritation. För att beskriva det vänder vi tillbaka till Katjas berättelse.

Katja: Det som inte funkar är raster och att de vill iväg på personaldagar och att man ska vara social och delta. // Planeringsdagarna och alla dessa fester och skit som de vill ha, jag orkar inte det. Att ha personalmöte en hel dag är oerhört krävande för mig och det är väldigt bra när man kan gå hem efter det. // Jag vill inte umgås med dem på min fritid. Och nu förstår jag att de vill att jag ska vara med. // I onsdags så skulle vi ha någon gemensam lunch för folk som har fått barn och de har gift sig och allt vad det är. Och i en lokal med trettio vuxna personer och fyra barn, jag klarade inte det. // Det är för många intryck. Det blir bara en massa surr. Och det tar så mycket energi för mig att hålla ihop då och inte bli arg. Så att jag har valt att gå därifrån. // Och jag hoppas man kan fatta det någon gång och att man inte blir irriterad när jag ringer och frågar eller när jag drar mig undan. För att jag kan faktiskt inte ändra på det.

Citatet visar hur hennes (bristande) förmåga att delta i det sociala spelet på arbetskamraternas villkor påverkar hennes arbetsprestation och arbetskamraternas bedömning av både den och henne. Katja vet vad som förväntas av henne, men har inte förmågan att leva upp till dessa krav på grund av det psykiska funktionshindret. När det gäller personer med psykiska funktionshinder och arbete menar Karlsson (2008) att det ofta handlar om att individen ska anpassa sig till omgivningen och inte tvärt om, något som han ser som en brist på tolerans för individen och dennes funktionshinder. Bristande förståelse (och tolerans) kan uppfattas som arrogans, vilket inverkar negativt på individens egen förmåga att hantera sina svårigheter (Rönmark, 1999). Det kan även bidra till ökad stress hos individen (Coyne & De Longis, 1986), något som framkommer tydligt i båda citaten från Katja. Förmågan att hantera de psykiska

svårigheterna och samtidigt sköta sina arbetsuppgifter minskar i takt med att hon försöker anpassa sig till arbetskamraternas krav och förväntningar för att minska konflikterna dem emellan.

Konflikterna påverkar även möjligheten för att en stödrelation ska kunna utvecklas (Vangelisti, 2009). Såväl stödsökande som upplevelsen av stöd påverkas av tidigare erfarenheter (Badr m.fl. 2001; Sarason, Sarason & Pierce, 1994). Negativa interaktioner (såsom konflikter och dispyter) har också större genomslagskraft än positiva för individen (Vangelisti, 2009), vilket ett citat från Anna får belysa.

Anna: Min handledare som jag hade på praktiken var jättekonstig, inte alls trevlig, eller så här kränkande. Hon pratade bäbisspråk till mig och kallade mig för dösvansen och sådana saker. Jag blev jätteleadsen och tog illa vid mig. De negativa, eller de människorna som är typ nedlåtande mot mig, jag tar åt mig mer av dem än de som kanske tycker jag är bra eller duktig och det försvårar vardagen eller vad man säger, försvårar livet.

Citatet visar hur nedlåtande kommentarer från andra ger större återverkningar än positiva. Det påverkar inte bara den fortsatta relationen dem emellan utan skapar även ökade svårigheter för Anna att hantera sin vardag i övrigt. Konflikter och/eller andra typer av relationsproblem påverkar den psykiska hälsan (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). För Annas del bidrar det till en sänkt självkänsla och svårigheter att känna tillit till andra människor. För Katjas del medför konflikterna ett ökat kaos och en stor trötthet. När hon kommer hem finns ingen kraft kvar att göra någonting annat än att vila för att orka med morgondagen.

Sammantaget påverkar konflikter och andra relationsproblem stödrelationen, individens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter samt dennes psykiska hälsa. För att återhämtningen ska underlättas krävs ett samarbete mellan individ och omgivning. I den mån det saknas och, som i exemplen ovan, konflikter tar överhanden kan man förstå att svårigheter och hinder snarare förstärks än minskar (Topor & Borg, 2008).

7.2.2. Oro för utanförskap

Även om samtliga informanter ser värdet i att vara öppen med sin psykiska problematik är oron stor för vilka konsekvenser det kan leda till om arbets-/studiekamraterna får veta. De är oroliga för att ses som mer sjuka, farliga eller konstiga än vad de är. Bakgrunden till oron är de negativa attityder och

värderingar som finns gentemot människor med psykiska funktionshinder²⁶. Dels vill de undvika ett sådant bemötande och dels vill de undvika risken för att uteslutas från arbets- /studiegruppen. Individerna utvecklar strategier för att inte avslöjas som psykiskt sjuk och riskera stigmatisering och/eller utanförskap. I materialet har jag funnit två strategier.

Den första strategin handlar om att *undanhålla* den psykiska problematiken för att inte avslöjas. Henrik vistas på rättspsykiatrisk avdelning och två dagar i veckan har han praktik på ett café. Även om det finns personer där med olika former av svårigheter vill Henrik inte berätta att han är på rättspsykiatrisk avdelning.

Henrik: Nu har jag praktiken på Cafét där har det blivit en del sociala kontakter. Men där blir det så att vissa vet om att man är här (på rätts-psyk.) och andra får man ljuga för, och det känns inte bra att göra det. För att det blir komplikationer ibland. Och om man försägar sig på något vis så förstår de att det är någonting som inte är som det ska.

Vistelsen där har gett Henrik viktiga sociala kontakter²⁷. Han är rädd att de ska gå förlorade om de får veta att han är dömd till rättspsykiatrisk vård. Han drar sig inte för att ljuga om sin situation även om det inte känns helt bra att göra det. Syftet med strategin är att bibehålla de betydelsefulla sociala kontakterna, men även rollen som arbetskamrat. Risken finns dock att han ändå avvisas från relationen om det blir känt att han är en lögnare och/eller om de tycker att han betar sig underligt och inte förstår varför. En annan risk med strategin är att stödbehovet hålls osynligt och därför inte kan tillgodoses, vilket försvårar för individen att klara av sin arbetssituation. Benägenheten att söka stöd kan även det kopplas till oron för att verka annorlunda och onormal. Det försätter individen i en sårbar situation då hon/han tvingas blotta sin utsatthet och problematik (Goldsmith, 2004). Risken är än större när problemet är kopplat till negativa attityder i samhället (Rönmark, 1999). Tillträde till arenan och möjligheten att inkluderas i gruppen är betydelsefullt för Henriks återhämtning. För honom är Cafét en viktig väg ut i samhället²⁸. Utifrån ovanstående resonemang kan strategin både främja och hindra återhämtningen för Henrik.

Den andra strategin är att *dra sig ur situationen*, d.v.s. på eget initiativ avsluta sitt arbete/sina studier för att inte avslöjas. Denna strategi får gestaltas av ett exempel från Erik. Han påbörjade en högskolekurs och där lärde han känna

²⁶ Magnusson (2010) noterar att media ofta gestaltar människor med psykiska sjukdomar som farliga, underliga eller i behov av hjälp, men även att det utifrån medias bilder kan verka som om människor med psykisk sjukdom ofta begår våldsbrott. Det är den här typen av stigmatiserande bilder och attityder informanterna vill undvika.

²⁷ Henrik har som tidigare diskuterats vare sig någon släkt, familj eller vänner kvar.

²⁸ Se vidare i temat om ”rollen som arbets- och/eller studiekamrat”.

Jesper. De fann tillit i varandra. Båda hade privata problem och studieproblem som de stöttade varandra i. När Jesper avslutade sina studier blev Erik ensam. Han vågade inte ta plats i någon annan gruppkonstellation då han var orolig för att övriga kurskamrater skulle se honom som konstig eller avvikande. Istället valde han att arbeta mer individuellt, men även det oroade honom. Kanske skulle kurskamraterna uppfatta det som konstigt att han inte ville arbeta med dem. Oron växte sig större och större och ledde till att Erik mådde riktigt dåligt psykiskt. För att inte försämrats ytterligare, och inte avslöjas som psykiskt sjuk, valde han att avsluta sina studier.

Erik: Så länge gruppen finns där, när man är med i en stabil grupp och accepterad i den. Nu är jag inte det. Sedan så kan man jobba enskilt men jag tror inte att det är något bra alternativ. För man är lite rädd för de här frågeställningarna som att "vill han bara jobba själv?" och att det ska komma in en massa funderingar. // Att det ska komma fram att det finns något psykiskt bakom det hela. Man kan inte göra reklam på en hel skola att man har haft det kämpigt med psyket förut det går inte. // På det sättet så var det ett väldigt bra stöd (med Jesper). Då kunde (jag) dölja det i och med att man visste att man var med i den gruppen. När det blir upplöst då blir det annorlunda. Den nya situationen, det är frågan om det är värt att utsätta sig för det. // Det blir sårbart och det värsta är om de (andra) missuppfattar det hela. Det har jag varit rädd för, att de ska få för sig att den här personen mår mycket sämre än vad man egentligen gör. // Det är en mardrömssituation. Och det, det är också det, man undviker den situationen genom att dra sig ur det här, för att jag tror inte att det är värt det.

En likhet mellan dessa två strategier är problemen med att få stödbehovet tillgodosett. För Erik medförde Jespers avhopp en reell svårighet att klara av sina studier och hans känsla av utsatthet ökade. En annan likhet med strategierna är att de kan tolkas som ett sätt att försöka hantera det psykiska funktionshindrets stigmatiserande konsekvenser. Genom att undanhålla de psykiska svårigheterna hoppas individen bemötas som en "normal" människa. Förutsatt att omgivningen gör det, kan strategierna ses som främjande för individens återhämtning. De ökar då möjligheten för individen att framträda som någonting annat än psykiskt sjuk. På så sätt kan individen återta en mer positiv bild av sig själv, där rollen som psykisk sjuk/funktionshindrad enbart ses som en roll bland andra (Ridgway, 2001). Samtidigt finns det någonting mer i det. Eriks oro för att avslöjas som psykiskt sjuk är så stor att han släpper den betydelsefulla rollen som studiekamrat. Vad kan det stå för?

Det skulle kunna förstås som ett sätt att hantera de egna känslorna av otillräcklighet. Det har att göra med hur stigmatiseringsprocessen fungerar. De attityder och värderingar som finns i samhället i stort gentemot personer med psykiskt sjuka finns också hos individen. Individen strider således inte enbart

med andras schablonbild av personer med psykiska svårigheter utan även med den, i individen själv, integrerade stigmatiserande bilden av personer som hon/han. Individen integrerar den stigmatiserande bilden av personer med psykisk sjukdom och ser och bedömer sig själv utifrån dessa ögon (Goffman, 1963/2005). Stämpeln blir därmed svår att bli av med och blir en del av individens identitet (Leete, 1989).

Utifrån det kan strategin tolkas som en tveksamhet hos Erik om sitt eget värde, där han genom att undanhålla de psykiska svårigheterna försöker, som Topor (2001) uttrycker det, dölja det odugliga jaget. Det surrogatjag individen skapar och ger uttryck för syftar till att motsvara både de förväntningar individen har på sig själv och de hon/han uppfattar att andra har. Topor menar vidare att det medför att det egentliga jaget sakta men säkert försvinner då det är det falska jaget som får omgivningens positiva bekräftelse. På så sätt kan strategin motverka återhämtningen då individen förlorar sig själv. Utifrån det kan man förstå att strategin inte bara handlar om att hantera oron för att bli utesluten av omgivningen utan också om individens svårighet att acceptera sig själv som psykiskt sjuk/funktionshindrad.

Ett annat sätt att tolka strategin kan ha att göra med relationens kvalitet. Kontakten med studiekamraterna är relativt ny och ytlig. Ytterligare ett citat från Erik kan visa hur jag menar.

Erik: Man går inte fram och säger ”Jag har paranoia” till någon man inte hundra procentigt litar på. Men till deltagarna på sysselsättningen där kan man säga det att ”ja jag har faktiskt den här sjukdomen” och det känns väldigt befriande. Det gör man absolut inte ute bland allmänheten.

Någon tillit har inte hunnit utvecklas mellan Erik och studiekamraterna. De har inte umgåtts i den utsträckningen att Erik med säkerhet kan säga hur de skulle reagera om de fick veta. För att avslöja sina psykiska svårigheter behöver individen känna säkerhet i relationen (Topor, 2001), vilket även gäller för stödrelationen (Sarason, Sarason & Pierce, 1994). Osäkerheten i relationens bärighet i kombination med risken för att utsättas för kränkande utspel och avvisande kan ge en större förståelse för de strategier individen utvecklar för att hantera de stigmatiserande konsekvenserna och i möjligaste mån upprätthålla rollen som någonting annat än psykiskt sjuk.

7.3. Sammanfattande reflektioner

I kapitlet har fyra teman diskuterats. Det första temat, rollen som arbets-/studiekamrat, handlade om hur möjligheterna till att anta en värderad roll kan främjas. I det andra temat diskuterades det stöd som främjar individens möjlighet att klara sin arbetssituation. Därefter kom ett tema om konflikter och hur dessa påverkar individens psykiska hälsa och möjlighet att klara av sina arbetsuppgifter. Det avslutande temat, oro för utanförskap, lyfte fram de strategier individen utvecklar för att hantera det psykiska funktionshindrets stigmatiserande effekter.

7.3.1. Socialt stöd

Det stöd som arbets-/studiekamrater kan bistå med är av strukturerande och problemlösande art. Sådant stöd bidrar till att individen med större enkelhet kan utföra sina arbetsuppgifter och delta i det sociala spelet på arbetsplatsen utan konflikter. I analysen framträdde även en tredje stödform, förståelse. När det finns förståelse för individen och dennes problematik slipper hon/han lägga energi på att förstå sig utan kan vara som hon/han är och känner sig. I förlängningen påverkar detta stöd även individens förmåga att klara sin arbetssituation.

7.3.2. Relationella aspekter

Förståelse är inte bara ett stöd utan även en förutsättning för stöd. När arbets-/studiekamraterna har förståelse för individen och dennes problematik blir det lättare för dem att veta vilket stöd individen behöver för att hantera sin arbetssituation. Det förutsätter att relationen är tillräckligt förtroendefull för att individen ska våga berätta om sina psykiska svårigheter. Det kan vara problematiskt då få av de beskrivna relationerna till arbets-/studiekamrater är på den förtroliga nivån. Det finns inte samma tilltro och tillit i dessa relationer som t.ex. till vännerna. Det gör att individen blir osäker på om hon/han kommer att avvisas eller inte om arbets-/studiekamraterna får veta att individen har psykiska svårigheter. Avsaknad av förståelse och acceptans kan skapa irritation och konflikter i arbetsgruppen. Det påverkar (stöd)relationen, individens förmåga att sköta sitt arbete och även dennes psykiska hälsa i negativ riktning. En orsak till konflikternas uppkomst är att de krav och förväntningar som finns på hur

arbetsuppgifter ska utföras och hur det sociala spelet ska spelas inte är anpassade till individens förmåga. Att arbets-/studiekamrater är ovetande om individens funktionshinder spelar även in för uppkomsten av konflikter i arbetsgruppen.

7.3.3. Kapaciteter och strategier

Den drivkraft individen uppvisar när det gäller rollen som arbets-/studiekamrat kan ses som en viktig kapacitet som främjar individens återhämtning. Rollen är så viktig att hon/han till och med söker sig till dessa arenor även då man vet att de psykiska svårigheterna kan skapa ytterligare problem för dem. För att om möjligt bibehålla den betydelsefulla rollen, sin värdighet och bilden av sig själv som något mer än psykiskt sjuk, utvecklar individen strategier. I analysen fann jag två strategier undanhållande samt dra sig ur situationen. Utvecklingen av dessa strategier är sprungna ur individens oro för (och erfarenhet av) de stigmatiserande attityder som finns förknippade med psykisk sjukdom/funktionshinder. Strategierna kan minska risken för diskriminerande reaktioner och avvisande. De försvårar dock möjligheten för individen att få hjälp med att klara arbetssituationen då stödbehovet inte uttalas. Den andra strategin leder också till att den betydelsefulla rollen går förlorad. Det säger något om kraften i de stigmatiserande effekterna av psykisk sjukdom/funktionshinder.

7.3.4. Återhämtningen

Individen tar aktivt ansvar för att skapa *kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter* då hon/han försätter sig i situationer som hon vet innebär en utmaning. Det kan exv. vara att söka sig till arbetsarenor som förutsätter samspel och samarbete, även om det är ett stort problem för individen att klara av. Här bidrar den drivkraft individen har för att nå rollen som arbets- eller studiekamrat. Arbets-/studiekamrater kan främja individens kontroll genom det strukturerande och problemlösande stödet. Stödet underlättar för individen att hantera såväl arbetsuppgifter som arbetsrelationer.

Den *meningsfulla rollen* som arbets-/studiekamrat möjliggörs genom tillträde till arenan och att personerna där inkluderar individen i den *sociala gemenskapen*. Återhämtningen främjas då individen bekräftas utifrån rollen som i första hand arbets-/studiekamrat och inte psykiskt funktionshindrad (även på arenor som är inom det s.k. psykiatriområdet). Det möjliggörs då arbets-

/studiekamrater bemöter och värderar individen utifrån andra premisser än de psykiska svårigheterna. På så sätt bekräftas individen som duglig i såväl sina egna som andras ögon, vilket bidrar till individens möjlighet att *erhålla erkännande och acceptans*. En målsättning som även främjas av den förståelse vissa arbets-/studiekamrater visar för individen och dennes psykiska svårigheter. Via den positiva bekräftelse som individen erhåller som arbets-/studiekamrat kan hon/han uppmärksamma de resurser och förmågor hon/han innehar. Det bidrar till att stärka individens självbild och *identitet*.

Ett sätt att försöka, om inte *besegra* så i alla fall, hantera *stigma* är att vara öppen med sina psykiska svårigheter. Om öppenheten leder till en ökad acceptans eller ökad stigmatisering är avhängigt de reaktioner avslöjandet ger. När det gäller arbets-/studiekamrater är informanterna väldigt restriktiva med att berätta om sina psykiska svårigheter. Det är bara ett fåtal som har kännedom om de psykiska svårigheterna²⁹. Dessa har reagerat positivt och visar förståelse och acceptans, vilket minskar känslan av utanförskap och stigmatisering. Majoriteten av arbets-/studiekamraterna har dock inte kännedom om den psykiska problematiken. Anledningen till det är den stora oro individen känner för vilka reaktioner och konsekvenser ett sådant avslöjande kan komma att få. Bakgrunden till oron kan ha att göra med tidigare erfarenheter av stigmatisering, men kan även ha med relationens kvalitet att göra. Relationen till arbets-/studiekamrater verkar i allmänhet inte ha den närhet som behövs för att förtroende och tillit ska kunna utvecklas.

För att undvika förmodade (och reella) stigmatiserande och exkluderande effekter utvecklar individen strategier. Hon/han undanhåller sina psykiska svårigheter alternativt drar sig ur situationer där risken för att avslöjas som ”psykiskt sjuk” känns överhängande. Frågan är dock i vilken mån sådana strategier minskar stigmatisering av personer med psykiska funktionshinder och främjar återhämtningen? På individplan kan strategierna främja individens återhämtning genom att hon/han slipper kränkande återkoppling på sina svårigheter. På grupp- och samhällsnivå kan det leda till att den samhälleliga schablonbilden som existerar upprätthålls, när inte individernas mer nyanserade bilder kommer till uttryck.

Om arbets-/studiekamraterna inte inkluderar individen på arbetsplatsen hindras återhämtningen, eftersom det försvårar roll(åter)tagandet. Utan det sociala stödet från dem får individen svårt att hantera arbetssituationen vilket i

²⁹ För dem som vistas på kommunala sysselsättningar för personer med psykiska funktionshinder är förutsättningarna annorlunda. De behöver inte explicit berätta, då psykiska funktionshinder är själva förutsättningen för att vara deltagare där.

sin ytterlighet kan innebära att rollen går förlorad. Konflikter och kränkande bemötande hindrar återhämtningen då det försämrar individens arbetskapacitet och dennes psykiska hälsa. Konflikter påverkar också förutsättningarna för att en stödjande relation ska kunna utvecklas.

7.3.5. Konklusion

Det jag särskilt vill betona med arbets-/studiekamraterna är dessas stora betydelse för individens roll som arbetstagare. Oavsett om det är på ett lönearbete, praktik, skola eller sysselsättning ges individen möjlighet att framträda som något mer än psykiskt funktionshindrad, när arbets-/studiekamraterna inkluderar och bemöter dem just som arbets-/studiekamrater. Utan deras stöd äventyras individens möjligheter att hantera sin arbetsituation. Det är inte bara arbetet och arbetsgemenskapen som står på spel. Om rollen går förlorad förlorar individen också en, för återhämtningen, betydelsefull väg in i samhället. Sammantaget kan man notera att stödet från arbets-/studiekamrater är mer tydligt riktat mot en arena och en roll än vad stödet från släkt/familj och vänner är. Det får ändå betydande återverkningar för individens återhämtning i sin helhet genom det värde rollen som arbetskamrat har i samhället i stort.

FORMELLA STÖDAKTÖRER

Inledning

Kapitlet handlar om formella stödaktörer³⁰. Det är personer som har någon form av samhällelig anställning eller uppdrag i syfte att stödja individen. Förväntningarna och kraven är, från informanternas sida, större på denna nätverksgrupp än de som tidigare presenterats. Dessa aktörer förväntas per definition vara stödjande. De har en anställning, ofta en speciell utbildning och ett samhälleligt uppdrag reglerat i lagstiftning. Av det skälet kan formella krav ställas på dem, vilket man inte kan göra med andra nätverksaktörer (Topor, 2001). Dessa förväntningar, men även det sociala klimatet, påverkar i vilken mån en stödinsats kommer att uppfattas som stödjande eller inte (Andersson, 2009).

Informanterna i min studie berättar att de genom åren haft och (fortfarande har) kontakt med en mängd olika formella stödaktörer inom olika verksamheter³¹. Det som förenar dessa stödaktörer är att deras uppdrag i något avseende är relaterat till informanternas psykiska funktionshinder. Det är och har varit insatser både med tvång och på frivillig basis. När de berättar om olika formella stödaktörer så är det förhållningssättet, relationen dem emellan, som uppehåller dem mest. Även om de även berättar om olika stödinsatser som de är mer eller mindre nöjda med så är dessa mer i bakgrunden jämfört med de relationella faktorerna, vilket avspeglas i kapitlet. Det sociala stödets betydelse för återhämtningen presenteras inte utifrån olika professioner, specifika stödaktörer eller insatser utan, precis som i övriga kapitel, utifrån olika betydelsefulla faktorer. Vilken kontext stödrelationen finns inom försöker jag dock tydliggöra i samband med citat och analys.

³⁰ I kapitlet kallas de professionella, personalen eller de anställda.

³¹ Slutenvårdspsykiatri, öppenvårdspsykiatri, socialtjänst, SiS, Kriminalvården, Rättspsykiatri, Försäkringskassa, Arbetsförmedling för att nämna några.

8.1. Främjande faktorer

Det första temat handlar om kunskap och erfarenhet och hur den kan komplettera individens egen kunskap och komma denne tillgodo. Det andra temat, en maktbalanserad relation³², diskuterar hur individens position i återhämningsprocessen kan stärkas genom att hon/han görs delaktig och inkluderas i stödprocessen.

8.1.1. Kunskap och erfarenhet

För att de formella stödaktörerna ska kunna vara stödjande förväntar sig informanterna att de ska ha kunskap och erfarenhet som ska komma dem tillgodo. För att komma individen till nytta måste kunskap och erfarenhet omsättas i (stöd)handling för att därigenom upplevas som trovärdig och stödjande för individen³³. Katja är noga med vilken personal hon släpper in som stödjure i sitt liv. Hon kontrollerar alla oavsett profession och försöker så långt det är möjligt handplocka den personal hon finner mest kompetent.

Katja: De är mer kunniga, de är kompetenta och de lyssnar, de fattar vad det handlar om. De behöver kunna tillföra någonting. Och det kan de här, de har de kunskaper som jag saknar. Så att jag vet vad det är jag har att göra med. Så jag är inte ensam i mina försök och min strävan efter att förstå och jag är inte heller ensam i att försöka få till stånd en förändring.

Citatet visar hur de anställdas kunskap och erfarenhet ger dem en ökad förståelse för individen och dennes problematik, men även hur kunskapen kan vara ett komplement till det individen själv kan och vet. I materialet har jag uppmärksammat två former av kunskap. Den första formen är en kombination av den kunskap den anställde införskaffat via utbildning respektive yrkeserfarenhet av att ha arbetat med personer med psykiska funktionshinder. Den andra formen av kunskap har sin grund i den första, men är kompletterad med att den anställde har egna erfarenheter av psykiska svårigheter³⁴.

Den första formen av kunskap och hur den kan komma individen tillgodo gestaltas via två citat, ett från Ditte och ett från Anna. Ditte skulle gärna vilja ha en stödperson med utbildning. Vad det skulle kunna ge henne beskriver hon som följer:

³² Den formella makten de formella stödaktörerna innehar diskuteras inte här utan enbart den relationella makten vilken dessa stödaktörer har möjlighet att påverka inom ramen för sitt organisatoriska och legala uppdrag.

³³ Vilken typ av stöd det handlar om är avhängigt profession, verksamhet och vad individen bedömts vara i behov av.

³⁴ Det finns även stödaktörer som har egna erfarenheter av psykisk problematik och lång erfarenhet av att arbeta med personer med psykiska funktionshinder, men som saknar någon formell utbildning i ämnet.

Ditte: Något professionellt då som visste vad det handlade om. Med hur, ursäktat uttrycket, "felfuntad" man är. // Man kunde suttit och pratat över en fika, gått ut och gjort någonting ihop, umgås med någon som hundraprocentigt förstår mig med handikappen. // Det skulle nog behövas, jag saknar det på sätt och vis, med medicinsk utbildning, psykiatriutbildning, som vet vad fasen det handlar om. // För det finns vissa situationer som jag börjar fundera på att, "varför blev det så där" och "nu hände det, kan det ha haft något med det och det att göra"? Och med tanke på att jag inte har någon så pass bra utbildad som jag kan vända mig till, vill vända mig till också för den delen, så blir det att man går in i det grubblet också ibland.

Ditte saknar kunskap om och insikt i sitt funktionshinder. Hennes tro och förhoppning är att en stödperson med utbildning skulle kunna ge henne ökad förståelse. Ett sätt för omgivningen att främja återhämtningen handlar just om att ge individen en mer nyanserad bild och hitta nya sätt att förstå och hantera sin situation på (Breier & Strauss, 1984). Det förutsätter att omgivningen, i det här fallet de formella stödaktörerna, har sådana "bilder" att erbjuda. Utbildning kan vara en förutsättning. Sådan kunskap i kombination med yrkeserfarenhet kan öka möjligheten för att givet stöd också ska uppfattas som stödjande. Det har att göra med känslan av trygghet i relationen. Den är betydande inte bara för att givet stöd ska uppfattas som stödjande utan även för att resursöverföring och resursmobilisering ska möjliggöras (Rönmark, 1999).

Den andra kunskapsformen är tredelad. Den består av de två ovanstående aspekterna, utbildning och/eller yrkeserfarenhet samt egen erfarenhet av psykiska svårigheter. En professionell med egna erfarenheter av att leva med psykiska svårigheter är inte en förutsättning för stöd, men en fördel i stödrelationen. Sådan kunskap ger, förutom det ovan diskuterade³⁵, individen ett ökat hopp om att förändring är möjlig, men stärker även den professionelles trovärdighet. Henrik beskriver det på följande sätt då han berättar om en stödperson han har beviljats genom sin vistelse på rättspsykiatrisk avdelning.

Henrik: Jag tycker det fungerar väldigt bra, för hon är en sådan stark person själv. Hon har själv varit utsatt för sådana här saker. // Man får ett enormt stöd ifrån henne för hon inger en lite styrka i och med att hon själv har klarat att gå igenom det här och nu hjälper andra människor som är i kris.

Det finns flera aspekter i det här uttalandet som ligger till grund för Henriks upplevelse av stödpersonen som ett stort stöd för honom. Att stödpersonen har haft egna erfarenheter av att må psykiskt dåligt främjar stödprocessen. Likheten dem emellan ökar förutsättningen för att stödgivaren ska kunna skapa effektiva stödhandlingar (Miller & Berlin Ray, 1994). Stödrelationen kan bli starkare

³⁵ Kunskap och erfarenhet kan ge den anställde ökad förståelse för individens situation, men ska även ses som komplement till individens kunskap.

genom att stödpersonen berättar om sina egna tidigare svårigheter. Hon/han framträder då som en person med egna ”tillkortakommanden”. Det kan balansera upp bilden individen har av sig själv som den onormala och den professionella som den normala (Topor, 2008a). Den tredje aspekten det här citatet visar på är hur Henrik stärks av att stödpersonen har klarat sig igenom sina psykiska svårigheter och ”kommit ut på andra sidan”. Det inger individen hopp om att förändring är möjlig. Ett sådant hopp är grundläggande i återhämtningsprocessen (Roe & Chopra, 2003).

Vad jag velat visa med detta avsnitt är hur kunskap och erfarenhet kan öka de professionellas förståelse för individen och dennes situation. Det kan komma individen tillgodo i form av ett bättre utformat stöd förutsatt att kunskapen omsätts i handling. De professionellas kunskap och erfarenhet ska ses som ett komplement till individens egen kunskap, där denne kan få ökad förståelse för sig själv och sin situation. Samtidigt kan individens kunskap ses som ett komplement till de professionellas kunskap vilken kan öka deras förståelse för individen ytterligare. Det implicerar att de professionella tar del av och respekterar individens erfarenhetskunskap. Vilket för oss över på nästa tema som handlar om den maktbalanserade relationen.

8.1.2. Maktbalanserad relation

Detta tema handlar om hur de formella stödaktörerna kan främja individens återhämtning genom att stärka den enskildes position i processen. Genom att involvera individen i stödprocessen och de beslut som berör denne, kan delaktigheten främjas och makten mellan parterna balanseras. I litteraturen kring återhämtning finns en samsyn om att återhämtning främjas då de professionella har ett förhållningssätt där individen tillerkänns makten över sitt liv och får en central roll i processen (Deegan, 1996).

Det finns en aspekt av den stödjande relationen jag funnit särskilt betydelsefull i mitt material och det är *respekt och tilltro*. Det handlar om att erkänna individen och dennes kunskap, erfarenheter och upplevelser som betydelsefulla och giltiga. När individen känner sig värderad och respekterad som människa ökar förutsättningarna för att det stöd som ges kommer att uppfattas stödjande (Barnes & Duck, 1994). De sätt på vilket de professionella visar individen respekt och tilltro främjar också individens delaktighet i såväl stöd- som återhämtningsprocessen. Hur det kan ta sig uttryck avser jag diskutera utifrån två olika ”områden”. De är relaterade till individens:

- Erfarenheter och upplevelser
- Hanteringsätt

Det framkommer i flera intervjuer hur värdefullt det är när de professionella visar respekt för och tilltro till deras *erfarenheter och upplevelser* utan att döma, nedvärdera eller förlöjliga. Det första exemplet på det hämtar jag från Henrik. Han vistas på rättspsykiatrisk avdelning. Flera av hans erfarenheter och upplevelser har av andra bedömts som orimliga, och ett uttryck för paranoia och psykos. Själv anser Henrik att den förföljelse från myndigheter han upplevt är sann. Han menar att även om det låter otroligt att myndigheter skulle utsätta samhällsmedborgare för det han varit med om, så utesluter det inte att det skulle kunna vara så. Det finns två personer som bekräftat hans upplevelser som möjliga, hans stödperson och hans advokat. Henrik menar att sådan tilltro är en förutsättning för stöd och något han växer av som människa.

Maria: Det måste finnas en tilltro till individen man är satt att stödja?

Henrik: Precis, annars är det ganska meningslöst att man försöker stödja någon. För sitter man bara och håller med eller säger att "nej så kan det väl inte vara" då kommer det inte att fungera. // Det måste vara en dialog mellan båda parter. // I och med att de tror på en när man pratar med dem så växer man inombords. // Jag tycker att varje människa som har någonting att berätta ska man lyssna på, särskilt när man håller på med sådan här verksamhet. // Det finns olika fall i allting, varje människa har sin historia och då måste man lyssna på den personen när den berättar om ditten och datten.

Citatet visar att det inte handlar om att till varje pris hålla med om det individen anser och/eller upplever, men att respektera och bekräfta det som en realitet för individen, även om det verkar orimligt eller osannolikt. Genom att ta till sig individens erfarenheter kan samarbetet mellan individ och professionell främjas på ett sätt som gynnar individen i dennes återhämtningsprocess (Velpry, 2008). Det visar sig i exemplet från Henrik där han beskriver hur han växer när hans erfarenheter tas på allvar. Citatet visar också betydelsen av att se individens situation satt i ett sammanhang. Det inbegriper att få kunskap om vad som kan ligga bakom en händelse eller situation. Genom att i dialog ta till sig individens berättelse, det Henrik benämner "historia", kan de professionella få större förståelse för individens erfarenheter och upplevelser. Det skapar också förutsättningar för ett mer ändamålsenligt stöd, då stödet kan matchas till kontext, problem och behov (Cutrona, Suhr & MacFarlane, 1990).

Ett annat exempel på hur respekt och tilltro till individens erfarenheter och upplevelser kan verka främjande för individen hämtas från Anna. Hon berättar

om sin psykolog och två psykiatrisjuksköterskor som arbetar i ett mobilt team och hur betydelsefulla de varit för henne då hon mådde som sämst.

Anna: Jag kände att de lyssnade på mig och respekterade och accepterade utan att döma. // Att de förstod. Jag kände mig tagen på allvar. // Just det här med upplevelser, ens egen upplevelse eller tolkning. // (De) kunde ge mig andra synvinklar eller synsätt. // För när jag var sjuk, det vara bara ett, mitt tänkande, mina tankar som förgiftade. De flyttade upp det så jag kunde se, hjälpte mig att se mer. // Det blev mer så här aha-upplevelse när man satt så och bollade. Jag kände att det gjorde mycket. För det har verkligen hjälpt känner jag.

Samtidigt som de professionella lyfter diskussionen och erbjuder alternativa tolkningssätt visar de respekt och tilltro till Annas erfarenheter och upplevelser. Deras kunskap blir ett komplement till Annas och ger henne nya perspektiv på sin situation. På så sätt blir samtalet, dialogen dem emellan, ett stöd för individen där hon ges en mer nyanserad förståelse för sig själv (Breier & Strauss, 1984). Det främjar återhämtningen då individen kan hitta nya sätt att hantera sina svårigheter och hinder på, vilket ökar dennes kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter (Anthony, 1993).

Nästa exempel på hur individen kan visas respekt och tilltro är relaterat till dennes *sätt att hantera sina psykiska svårigheter*. Jonna berättar hur hennes KBT³⁶-terapeut reagerade då hon berättade hur hon försökte hantera sin ångest genom att skära sig i armarna.

Jonna: Paula, min terapeut, hon har hjälp mig jättemycket. // Hon var den första som sa till mig under den perioden då jag skar mig i armarna så sa hon "Jonna, det du gör är inte fel, du vet inte något annat sätt att lösa allting på". Då kände jag det, här har jag legat inne, fått höra att jag har barnfasoner, sådana här grejor. Och så kommer hon och bara säger till mig att det jag gör är inte fel. För, för mig var det inte fel. Det var den enda lösningen jag hade, när det blev för jobbigt.

I återhämtningsprocessen handlar det om att vara observant på att individens ageranden kan vara uttryck för strategier att hantera en problematisk situation, även om de i vissa hänseenden kan tolkas som irrationella eller som symtom (Deegan, 1996; Topor, 2001). Det belyses i citatet där terapeuten istället för att nedvärdera eller skuldbelägga Jonna för att ha skurit sig, bekräftar hennes handling som ett sätt att hantera en svår situation. Samtidigt är hon tydlig med att det finns andra sätt och att deras framtida gemensamma arbete är att finna nya alternativa strategier. På så sätt lyfter hon fram Jonna som en person med resurser och förmågor, men utan att förringa problemet. Förutom att Jonna bekräftas som duglig inger det hopp om att förändring är möjlig. Hoppet om att

³⁶ Kognitiv beteendeterapi.

förändring är möjlig och att individen innehar resurser som kan realisera förändringen (tillsammans med andra) främjar återhämtningen (Ridgway, 2001).

Genom att visa respekt och tilltro till individen, dennes erfarenheter och sätt att försöka hantera sin situation och inkludera individen i stödprocessen blir *makten mer balanserad*. En maktbalanserad relation minskar risken för polarisering mellan parterna och främjar delaktighet och gemenskap där individen frigörs från den beroendeställning som annars kan utvecklas. De professionella ställer inga anspråk på tolkningsföreträde utan *erkänner* individens erfarenhetskunskap. Det ger individen en mer central plats i återhämtningen (Borg & Topor, 2008). På så sätt får hon/han ökad kontroll och makt över sitt eget liv, vilket främjar återhämtningen eftersom även dennes förmågor och resurser kan utvecklas (Topor 2001).

8.2. Hindrande faktorer

Första temat, icke ändamålsenligt stöd, handlar om stöd som inte är avpassat till individens upplevda behov och förmågor och hur det ökar stödberoendet och förstärker sjukrollen. I det andra temat, rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad, belyses svårigheten för individen att framträda som den hon/han är, när denne bemöts utifrån andrahandsinformation och/eller gamla händelser.

8.2.1. Icke ändamålsenligt stöd

Det informanterna finner hindrande i relation till de formella stödaktörerna är när de *inte får gehör för sitt stödbehov* och/eller när *stödet inte är avpassat* till deras upplevda *problem* och *förmågor*. Om individen inte får det stöd hon/han behöver kan det leda till att de psykiska svårigheterna tilltar. När givet stöd inte är matchat till det problem individen upplever sig ha, kan det heller inte tillgodose dennes behov och upplevs därmed inte ändamålsenligt (Cutrona, 1996). Oavsett vilken intention stödgivaren har får stödet inte avsedd effekt. ”För mycket” eller ”fel sorts” stöd (oavsett intention) kan öka stödberoendet och/eller stödbehovet, men riskerar även att förstärka sjukrollen. På så sätt blir stödet kontraproduktivt och verkar hindrande för återhämtningen.

Informanterna beskriver flera situationer där de upplever att de inte fått *gehör för sitt stödbehov*. De menar att de professionella bortser från deras

upplevda problem genom att bortförklara, nonchalera eller på andra sätt tysta det de som brukare/patient/klient försöker lyfta fram och ser som relevant. Gunilla träffar sin psykiatriker på öppenvårdsmottagningen var tredje månad för samtal. Hennes uppfattning är att dessa stödsamtal enbart är uppföljning av hur medicineringen fungerar. Gunilla har upprepade gånger försökt förklara för läkaren om den panikångest hon har drabbats av och som begränsar hennes vardagsliv i stor utsträckning, men får ingen respons.

Gunilla: Hon (läkaren) kan inte förstå min panikångest, när jag sitter och säger till henne att, jag klarar inte av att gå ut själv. Det är precis som att det hör hon inte. // Det är precis som att det passerar hennes öron. // Hon har inte lyssnat på det. // Det känns inte bra för jag tappar bara mer och mer förtroende. // När det inte sker någon förändring när man är hos sin läkare och man talar om nu är det si och så här. Och man ser att inte läkaren lyssnar, då känner jag det att, det här ger inte mig någonting, varför ska jag gå hit över huvudet?

Lyhördhet inför individen och dennes behov är en betydande aspekt i stödrelationen (Sarason, Sarason & Pierce, 1994) men även för återhämtningen (Topor, 2001). Den bristande lyhördheten signalerar ingen känslighet inför individens behov och relationen kan därför inte karaktäriseras som stödjande (Goldsmith & Parks, 1990). Om professionella bortser från individens uttalade behov kan det tolkas som ett diskvalificerande av såväl individen som dennes erfarenheter. Det påverkar inte bara relationen dem emellan utan även upplevelsen av det fortsatta stödet. Det visar sig genom att Gunilla inte heller tycker att de stödsamtal de har är stödjande. Gunilla funderar till och med på att avsluta dessa då hon inte tycker sig få ut någonting av dem.

Ett annat exempel på icke ändamålsenligt stöd är sådant stöd som individen upplever är fokuserat på ”fel problem”. Katja berättar hur hon under flera år fått stöd, insatser och behandling utifrån diagnoser som personlighetsstörning och missbruk. Något som hon redan initialt inte tyckte stämde med de problem hon själv upplevde sig ha.

Katja: Sedan så började jag med samtal på alkoholrådgivningen, egentligen inte för alkoholproblem. // Utan det var sådant fullständigt kaos så att jag var tvungen att döva mig själv för att stå ut i detta. Och hade man hajjat det då, så hade jag inte behövt uppleva allt det här. De (behandlingsformerna) har inte varit anpassade efter mitt funktionshinder. // Och det har inte funkat alls. Det har inte hjälpt mig ett dugg. Så det, ja det har väl hållit mig vid liv. Men något annat har det inte gjort.

Det Katja ville ha hjälp med var att hantera det kaos och den ångest hon upplevde. I stället fokuserade man under flera år på missbruksproblem som Katja själv inte upplevde sig ha. Stödet har inte varit matchat till det upplevda problemet och har därmed inte kunnat tillgodose det egentliga behovet (Cutrona,

1996). Hennes problematik har kvarstått och i vissa avseenden till och med eskalerat. Det visar att oönskat stöd får sämre effekt än önskat stöd oavsett intentioner (Badr m.fl. 2001). Vad värre är, och det gäller båda ovanstående exempel, är att känslan av att ingen lyssnar och/eller att andra fattar beslut över huvudet på en kan leda till att individen förlorar kontrollen över situationen. Utan kontroll kan det kännas tämligen hopplöst att fortsätta försöka vilket, hämmar återhämtningsprocessen (Deegan, 1996).

De två följande exemplen handlar om stöd som förvisso är relaterat till det problem individen upplever sig ha, men som ändå får negativa effekter för individen och dennes återhämtningsprocess. Det första handlar om stöd som *ensidigt fokuserar på hinder och svårigheter*. Ditte beskriver hur de kontakter hon hade tidigare vid såväl öppenvårdspsykiatri som slutenvården, enligt henne, fokuserade väl mycket på hennes psykiska funktionshinder. Konsekvenserna blev att hon fastnade i negativa tankar om sig själv och sina svårigheter. Något hon är rädd för att hamna i igen.

Ditte: Jag fastnade i det. Förr fick jag alltid itutat mig, att "du är så sjuk, det är så stort fel på dig". De jobbade väldigt mycket på att få mig att se psykiatrifunktionshindren som jag har som något negativt. // Det tyngde ner mig väldigt mycket, liksom att det var något dåligt, jag var sjuk och sådana grejor. // Jag är inte säker på att man gör det, men jag är jävligt rädd för att jag skulle komma tillbaka till den svackan. Det är jag livrädd för att när jag väl har kämpat mig hit så pass och blivit så pass mycket friskare och gå tillbaka till det där det är jag livrädd för.

Det stöd Ditte fick från de professionella skulle kunna tolkas som deras sätt att hjälpa henne kontrollera och hantera svårigheterna. Att "lära" individen se tidiga tecken för att därmed undvika eller minimera problematiska situationer är ett sätt för omgivningen att främja återhämtningen (Breier & Strauss, 1984). Med tanke på att ett led för individen i återhämtningsprocessen handlar om att acceptera och få förståelse för det egna funktionshindret (Deegan, 1996) kan ovanstående stöd ses som ett stöd som främjar återhämtningen. Det som talar till dess nackdel är den ensidiga betoningen på hinder och svårigheter. Individens resurser och förmågor kommer inte till uttryck utan Ditte fastnar i det negativa, det svåra och destruktiva. I de professionellas iver att hjälpa henne hantera de psykiska svårigheterna kan resurser och förmågor komma på undantag. För att en individ ska kunna bygga en meningsfull framtid behöver hon/han få tillgång till sina förmågor. Om inte professionella ser eller uppmärksammar individens resurser och förmågor kan de heller inte förmedla det hopp individen behöver för att kunna använda dessa (Repper & Perkins, 2008).

Ensidig fokusering på hinder och svårigheter kan även kopplas till den medicinska modellen. Med fokus på sjukdom, diagnos, symptom och brister finns risken för att individen avhumaniseras (Deegan, 1996). Det lämnar liten plats för att dessa personer kan förbättras och återhämtas (Roe & Chopra, 2003) eftersom det rymmer så lite av hopp och tilltro till individens förmågor och resurser (Mead & Copeland, 2000). Det kan medföra att både de psykiska svårigheterna och sjukrollen förstärks. Det framgår i citatet då Ditte beskriver sin rädsla och oro för att återigen fastna i detta destruktiva nät av svårigheter. Hon drar sig i det längsta från att söka hjälp från psykiatrin. Det kan tolkas som en strategi att styra sin återhämtningsprocess i mer positiv riktning. Strategin syftar till att om möjligt bibehålla sina resurser och förmågor och inte gå bort sig i en kategorisering som enbart fokuserar på det sjuka, avvikande och hindrande. Ett steg i återhämtningsprocessen är närvaro av personer som tror på individens förmåga att vara och bli någonting annat än enbart "sjukdomen" (Topor, 2001). På det sättet kan individens önskan om att hålla sig från psykiatrin verka stärkande, i den mån de upplever att professionella inte förmår se något mer hos dem än problem och svårigheter (Topor, 2008a).

Det avslutande exemplet handlar om *för mycket stöd*. Det tydliggörs med ett citat från Cornelia. Hon berättar om vilka konsekvenser för mycket stöd kan få.

Cornelia: Man kan bli så pass trygg med allt som finns omkring att man inte gör nåt själv. // Man behöver inte göra nåt själv. // Man räknar med att alla människor tar hand om problemen och det är absolut inte bra. // Jag har fått det (för mycket stöd) på ett annat ställe. På ett gruppboende och jag kände att jag inte fick tänka själv ens. // De körde mig överallt och hade jag några problem så då ringde de dit och de laga mat och ja det var allting, allt alltså. // Jag kände att jag levde inte, utan de levde för mig. // Jag mådde inte bra av det. Alltså man gick omkring där som att ja jag finns inte.

För mycket stöd kan vara kvävande för individen (Badr m.fl. 2001). Det visar sig i citatet hur stödberoendet tilltar i takt med att de professionella tar över mer och mer i Cornelias liv, även sådant som hon egentligen har förmåga att klara själv. Utgångspunkten i stödet var att hjälpa Cornelia, men det tog sig orimliga proportioner där Cornelia till slut kände det som att "de levde åt henne". Ett sådant överbeskyddande stöd verkar hindrande för individen (Goldsmith, 2004). Det utökar stödberoendet vilket hämmar individens möjlighet till utveckling (Skårner, 2001). När individen inte får möjlighet att göra egna val eller misstag förlorar hon/han kontrollen över sitt liv vilket hindrar återhämtningen (Mead & Copeland, 2000).

Det jag har försökt visa med detta tema är att stöd som inte är formulerat tillsammans med individen utifrån dennes behov och önskemål svårligen kan

komma att upplevas ändamålsenligt. Oavsett om det är för lite, för mycket eller fel sorts stöd kan det bidra till ett ökat stödbehov, stödberoende och att sjukrollen förstärks. En ytterligare komplikation är den känsla av bristande delaktighet som infinner sig. När de professionella inte accepterar (eller ens visar intresse för) individens beskrivningar, upplevelser eller önskemål kan det skapa ett avstånd mellan parterna (Topor, 2001). Det kan leda till att individen inte känner sig delaktig och, det för återhämtningen så betydelsefulla, samarbetet går förlorat (Topor & Borg, 2008). Relationen kan beskrivas som två parallella spår som aldrig möts. De professionella har tagit den centrala och aktiva rollen i såväl stöd- som återhämtningsprocess och individen känner sig inte involverad i det som sker. När individen inte ges möjlighet att själv delta eller påverka kan det tolkas som ett utanförskap i det egna livet, vilket minskar möjligheten för individen att vara aktiv i sin återhämtning.

8.2.2. Rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad

I förra temat diskuterades bland annat hur ensidigt fokus på hinder och svårigheter i stödprocessen kunde förstärka sjukrollen. Ytterligare en aspekt som kan leda till det, är när professionella ”dömer individen på förhand”, d.v.s. utifrån andrahandsinformation (såsom journaler, diagnoser etc.) och/eller utifrån gamla händelser och situationer. Det finns flera exempel på att den ”bilden” följer med individen över tid även om hon/han försöker ge sin egen bild av vem hon/han är. I detta avsnitt kommer två exempel att diskuteras. Det första är hämtat från Ditte och belyser hur andrahandsinformation kan påverka de professionellas bemötande av individen. Det andra är hämtat från Gunilla och belyser hur svårt det kan vara att bli fri från det man en gång gjort.

Ditte berättar om en arbetsrehabilitering hon vistats på tidigare. Personalen där fick tillgång till information om Ditte från andra stödgivare och från journaler om diagnoser och tidigare händelser. Ditte upplevde att det påverkade personalens bemötande av henne under den tiden hon var där.

Ditte: De har läst journalerna, skaffat sig en bild av den personen och sedan har det varit så. // Sedan har de dragit en slutsats av det, sedan har jag varit sådan, de har inte tittat på personen ifråga som jag är. // Får någon myndighet reda på att, ja du är si och så, då ställs man på en helt annan sida än vad man borde ha gjort. // Nej, jag kunde ingenting och jag var dum i huvudet, jag var sjuk, jag var oanpassningbar och alltmöjligt. // Jag kände ett tag att jag måste överbevisa dem om att, bara för att jag har mina handikapp så är jag inte så jävla sjuk som de tror. // Jag vill visa vem jag är, i stället för att de ska läsa mina papper och göra

sig en egen bild av, "jaha hon har den handikappen, hon är sjuk på det viset, okej" och så stämplar de mig.

Verksamhetens syfte med att ta till sig information om Ditte och hennes psykiska problematik kan tolkas som ett sätt för dem att skapa bättre förutsättningar för henne på arbetsrehabiliteringen. Informationen skulle kunna användas för att hitta rätt kravnivå, där hon ges möjlighet att utveckla sina resurser för att kunna gå vidare. Diagnoser och andras erfarenheter av Ditte skulle kunna ge verksamheten en mer heltäckande bild av vem Ditte är och vilka förutsättningar och svårigheter hon har. För att skapa ett stöd som är anpassat efter individens behov och främja dennes återhämtning är det betydelsefullt att se denne i ett större sammanhang (Badr m.fl. 2001; Rosenberg & Lindqvist, 2004). Förutsättningen för denna mer heltäckande bild av Ditte är dock att hon och hennes uppfattning inkluderas. Dittes uppfattning är att de inte lyssnar på henne, att hon inte ges möjlighet att få ge sin bild av sig själv utan att deras bemötande är färgat av det de fått till sig från andra. På det sättet blir diagnosen mer stigmatiserande än en hjälp för individen. Diagnosen fungerar som Johannisson (2006) uttrycker det som en aktör som beskriver hur individen ska uppfattas och riskerar därmed att skapa och förstärka sjukrollen. Ditte känner inte igen sig i den bild som hon bemöts utifrån. Hon tycker att bilden förstärker hennes problematik där hon framställs som mer psykiskt sjuk och behövande än vad hon själv upplever sig vara. Ditte försökte på olika sätt överbevisa dem (och sig själv) om att de hade fel, men utan att få gehör. Händelsen ligger ett par år tillbaka i tiden och när vi träffas är Ditte på en kommunal sysselsättningsverksamhet för personer med psykiska funktionshinder. Personalen där vill inte ha någon förhandsinformation utan vill lära känna individen utifrån den hon/han är. För Ditte innebar det en stor skillnad när hon slapp bedömas utifrån det gamla som varit, något hon själv tycker gjort henne starkare.

Det andra exemplet hämtar jag från Gunilla. Hon berättar hur hennes försök att komma vidare i livet hindras av att de formella stödaktörerna inte visar förtroende för hennes förändringsförmåga. Gunilla har vid flertal tillfällen gjort suicidförsök. Det senaste försöket ligger tre år tillbaka i tiden. Trots det upplever Gunilla att de professionella runt henne inte verkar lita på att hon inte kommer att göra om det. Vad hon än gör känns det som om hon aldrig kan förtjäna deras förtroende igen.

Gunilla: Det ligger högst upp hos dem hela tiden för de är rädda att jag ska göra om det. // Det är snart tre år sedan nu, de borde inse att jag har kommit så långt med mig själv att jag inte ska göra om det. Och jag gjorde inte det uppsåtligt heller. Jag gjorde det för att jag helt enkelt ville dö just i den stunden. // Det är

som man säger när man kommer från ett fängelse då, "straffad alltid straffad" resten av sitt liv och det blir man. // Man får inte en ärlig chans till att visa att "jag kan faktiskt bättra mig nu får du faktiskt börja tro på vad jag säger och lita på mig". // Sedan spelar det ingen roll hur mycket du påvisar detta i ditt vardagliga liv. // Den här misstroheten den finns hela tiden. // Och som människa, när man sitter där, med sitt psykiska besvär, man känner att man blir kränkt hela tiden. // Man nedvärderar sig själv det gör man. Ska det vara så här resten av mitt liv? Ska jag få leva med det här? // Man tappar orken och lusten att ens sträva efter något vettigt när man inte får stöttning på vägen tillbaka.

Gunilla säger det själv inledningsvis, de professionella är oroliga för att hon ska försöka igen. De har en omtanke om henne och vill vara ett stöd för henne, så att situationen inte ska bli så svår att hon återigen gör ett suicidförsök. Kontinuitet över tid är en styrka i en stödjande relation då det möjliggör för stödgivaren att uppmärksamma nyanser i individens situation. Situationer och svårigheter kan då hanteras innan de växer sig för stora och oöverkomliga (Barnes & Duck, 1994). Risken är dock, såsom i exemplet ovan, att deras uppmärksamhet och omtanke snarare förstärker problematiken då Gunilla upplever det som bristande tilltro och tillit till henne. Tillit är en viktig kvalitetsfaktor i stödrelationen och är även att betrakta som ett stöd i sig (Skårner, 2001). Av exemplet från Gunilla kan man förstå att det inte bara handlar om tillit till stödgivaren utan även till stödmottagaren. För att främja återhämtningen handlar det inte om att bortse från hinder och svårigheter (och risken för suicid), men att visa tillit och tilltro till att förändring är möjlig (Roe & Chopra, 2003). Utan tilltro och tillit från omgivningen är det lätt att ge upp. Citatet visar den uppgivenhet Gunilla känner och hur hon misstror sin egen förmåga att någonsin komma vidare i livet. Detta förlorade hopp om framtiden påverkar individens självbild (Hoffman, Kupper & Kunz, 2000). Ett led i återhämtningen är att (åter)skapa en ny mer positiv självbild där rollen som psykiskt funktionshindrad inte längre ska ses som den primära. Något som försvåras när omgivningen, även om det är av omtanke, definierar individen utifrån dennes sjukdom och svårigheter (Ridgway, 2001).

De sociala konsekvenserna av psykisk sjukdom/funktionshinder är svåra för individen att hantera (Anthony, 1993). Leete (1989) menar att stämpeln gradvis bidrar till att (om)skapa individens identitet och av det skälet är svårt att ta sig ur. För att kämpa mot stigmatisering menar hon att individen först måste övertyga sig själv om sitt värde och se sina styrkor och förmågor för att därefter kunna övertyga andra. Det är nog lättare sagt än gjort då andras bemötande har så stark inverkan på människor och deras självbild. En viktig uppgift för professionella i återhämtningsprocessen är att stödja individens förändringsarbete och försöka stärka dennes självbild. Genom att hänvisa till individens positiva kvaliteter kan självtilliten och självbilden stärkas (Wilken &

den Hollander, 2008). Det kan vara ett steg i att minska de sociala konsekvenserna av psykiska funktionshinder. Det skapar förutsättningar för att individen ska kunna inkluderas i samhället, inte enbart som funktionshindrad vilket är ett av målen med återhämtningen (Rosenberg & Lindqvist, 2004).

8.3. Sammanfattande reflektioner

Fyra teman har diskuterats i detta kapitel om formella stödaktörer. Det första handlade om de förväntningar individen har på att de professionellas kunskap och erfarenhet ska komplettera deras egen kunskap och därmed komma dem tillgodo. Nästa tema handlade om hur professionella kan stärka individens position genom att inkludera denne i stödprocessen vilket bidrar till en mer maktbalanserad relation. I det tredje temat, icke ändamålsenligt stöd, diskuterades hur stöd som inte är avpassat till individens behov och förutsättningar riskerar att förstärka såväl stödbehov, stödberoende som sjukrollen. I det avslutande temat rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad diskuterades konsekvenserna av ett bemötande där individerna upplever sig ”dömda på förhand”.

8.3.1. Socialt stöd

Det sociala stöd formella stödaktörer kan bidra med är dels kunskap och erfarenhet, dels respekt och tilltro till individen och dennes erfarenheter. Detta stöd kan öka individens förståelse för sin situation och förstärka hoppet om att förändring är möjlig. För mycket stöd och/eller fel sorts stöd är hindrande och har sin grund i att det inte är avpassat till individens upplevda problem och resurser.

8.3.2. Relationella aspekter

En betydelsefull relationell aspekt har med trovärdighet att göra, vilken förstärks när de formella stödaktörerna omsätter sin kunskap och erfarenhet i konkret (stöd)handling. Trovärdigheten stärks även när de i dialog visar att individens erfarenheter och upplevelser är att betrakta som betydelsefull kunskap för dem för att bättre förstå individen och hur denne kan stödjas på bästa sätt. I en relation där individen visas respekt och tilltro kan maktbalansen jämnas ut mellan parterna och individen får därmed en mer central roll i sin återhämtning. Det är även betydelsefullt om den professionelle bjuder på sina egna personliga

erfarenheter. Det ökar jämlikheten i relationen och minskar risken för polarisering, men främjar även individens hopp om att förändring är möjlig. I den mån de professionella brister i lyhördhet och hävdar sitt eget perspektiv som mer giltigt och relevant än individens, verkar det hindrande. Likadant är det om individen känner att de professionella inte har tillit eller tilltro till individen och dennes förmåga att förändras.

8.3.3. Kapaciteter och strategier

I en stödjande relation som vilar på jämlikhet kan individen utveckla nya kompletterande sätt att hantera sin situation på. Där kan individen även se sig själv som en individ med resurser och möjligheter att utvecklas. De strategier individen utvecklar i relation till de formella stödaktörerna är inte så uttalade i detta kapitel. Det handlar främst om att om möjligt avhålla sig från att söka stöd hos personer/verksamheter där de tidigare upplevt negativa erfarenheter. För att väga upp den ensidiga sjukrollen och skapa en tilltro i relationen försöker de visa de professionella vem de är, att de har resurser och är motiverade för förändring.

8.3.4. Återhämtningen

Analysen visar att de formella stödaktörerna kan främja *kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter* genom att bjuda på en mer nyanserad bild av individens svårigheter. ”Bjuda på” syftar till att visa att det handlar om att komplettera den kunskap individen redan har. På så sätt diskvalificeras vare sig individ eller dennes förmågor att hantera sin situation. Att inkluderas och känna sig delaktig och värderad i stödrelationen främjar kontrollen, jämfört med om de professionella tar huvudansvaret och spelar den centrala rollen i återhämtningsprocessen. Den maktbalanserade relationen där de professionella visar respekt, tilltro till och intresse för individen och dennes erfarenheter med såväl svårigheter som resurser främjar möjligheten att nå *erkännande och acceptans*. I en sådan relation, där individen känner sig värderad som den person hon/han är främjas möjligheten att (åter)ta rollen som något annat än psykiskt sjuk/funktionshindrad. Samtidigt skulle jag vilja säga att risken är stor för att en *sjukroll* ska förstärkas och befästas i relation till formella stödgivare. Skälet till det är att deras uppdrag ofta är formulerat ur individens brister, svårigheter och behov. Även om målsättningen är att stärka individers resurser och förmågor så

är det ofta utifrån svårigheter och behov de beviljas olika former av stöd. Ur fokus på hinder och svårigheter kan en negativ självbild utvecklas. Genom att inkludera individens möjligheter och resurser samt visa tilltro till individens förändringsförmåga, kan en mer positiv självbild utvecklas. På så sätt främjas individens strävan i att utveckla en *identitet* bortom sjukrollen, men det kan även minska risken för att *stigmatiserande* effekter ska få fäste i individen.

8.3.5. Konklusion

Det som särskiljer de formella stödaktörerna jämfört med de tidigare diskuterade nätverksaktörerna är dess fokus på de psykiska svårigheterna. Både stödgivare och individ är inriktade på att det stöd som ges och den relation de har handlar om att finna sätt där individen lättare kan hantera sina psykiska svårigheter. Det är givetvis en viktig förutsättning, men även förenat med en risk för att rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad ska förstärkas. En annan aspekt som skiljer ut de formella stödaktörerna är att stödförväntningarna är större på dem än på övriga nätverksaktörer, vilket har med deras samhälleliga uppdrag att göra. Med deras uppdrag följer också en makt att påverka och förändra. Hur man väljer att hantera den i relationen får betydande konsekvenser för individen. När de professionella försöker balansera upp de maktskillnader som finns mellan parterna skapas större förutsättningar för att det stöd som erbjuds också kommer att upplevas som stödjande och få avsedd effekt. Ett sådant förhållningssätt där de professionella inkluderar individen och gör denne delaktig förstärker individens position i återhämtningsprocessen. Om individens erfarenheter och upplevelser inte tas tillvara och de professionella tar den centrala platsen i återhämtningsprocessen, riskerar individens svårigheter och hinder förstärkas. Det kan i förlängningen medföra en mer negativ självbild, en förstärkt sjukroll och därmed ett ökat utanförskap i samhället.

SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Inledning

Detta kapitel består av tre delar. I den första delen beskrivs och diskuteras studiens huvudsakliga resultat. Den andra delen består av en sammanställning av de slutsatser som kan dras av studiens resultat. I den tredje och avslutande delen diskuteras vilken kunskap föreliggande studie kan ha bidragit med i förhållande till befintlig kunskap inom området, men även resultatens betydelse för det sociala arbetet som ämne och praktik.

9.1. Det sociala stödets betydelse för återhämtningen

Avsikten med detta avsnitt är att föra ett utvecklat resonemang om några av studiens huvudsakliga resultat jag funnit särskilt relevanta och intressanta. Studiens huvudsyfte har varit att beskriva och analysera det sociala stödets betydelse för återhämtningen för personer med psykiska funktionshinder. Det har studerats utifrån följande forskningsfrågor:

- Vilken betydelse har det sociala stödet för återhämtningsprocessen?
- Vilket socialt stöd upplevs främjande respektive hindrande för individen i syfte att hantera de psykiska svårigheterna?
- Vilka relationella aspekter främjar respektive hindrar stöd- och återhämtningsprocessen?
- Vilka strategier och kapaciteter utvecklar individen själv för att hantera hinder och svårigheter?

Det empiriska materialet har analyserats med hjälp av teorier om socialt stöd och återhämtning och studiens resultat har gestaltats utifrån fyra nätverksgrupper³⁷.

Figur 9.1 visar en sammanställning av det sociala stödet, relationella aspekter, individuella strategier samt stödets fokus och inriktning fördelat på de olika nätverksaktörerna.

³⁷ Släkt och familj, vänner, arbets- och studiekamrater samt formella stödaktörer.

Nätverksaktörer	Socialt stöd	Relationella aspekter	Strategier och kapaciteter	Fokus/inriktning på socialt stöd
Släkt/familj	+ social samvaro + kompenserande + diskuterande & reflekterande + motiverande - för mycket stöd	+ kontinuitet + trygghet & tillit + acceptans + ömsesidighet - svek & brustna förväntningar - konflikter	minska belastningen kompensera gottgöra gränssättande	Få vardagen att fungera
Vänner	+ social samvaro + förtroliga och stödjande samtal	+ fler-dimensionell + balanserat stödutbyte + förståelse + acceptans - ensidig relation - sårande beteende	Gränssättande Öppenhet Minska belastningen Förstärka och/eller fördela stödbehov Undvika stödsökande	Utåtriktande och gemensamhetsskapande
Arbets-/studiekamrater	+ strukturerande + problemlösande + förståelse	+ förståelse + inkluderad - konflikter - bristande förståelse - bristande acceptans	Undanhålla Dra sig ur situationer	Hantera arbetsituationen Bibehålla rollen som arbets-/studiekamrat
Formella stödaktörer	+ kunskap & erfarenhet - ensidigt fokus på hinder och svårigheter - fel sorts stöd	+ respekt & tilltro + trovärdighet + jämlikhet - bristande lyhördhet - bristande tilltro till förändring	Avhålla sig från att söka stöd	Hantera de psykiska svårigheterna

FIGUR 9.1 Nätverksaktörerna och det sociala stödets olika former.

Plustecknen i figuren står för främjande stöd och relationella aspekter och följaktligen står minustecknet för hindrande stöd och relationella aspekter. Figuren är att betrakta som en schematisk sammanställning över det som betonats i respektive resultatkapitel, vilket kommer att diskuteras mer utförligt i detta avsnitt. Med utgångspunkt i ovanstående figur vill jag i tre teman³⁸

³⁸ Mobiliserande stöd med olika fokus och inriktning, stöd som hindrar och bristande delaktighet samt strategier och kapaciteter.

utveckla resonemanget om det sociala stödets betydelse för återhämtningen, med fokus på de fyra återhämtningsfaktorer som funnits med genom avhandlingen:

- Kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter
- Erhålla erkännande och acceptans
- Återfå meningsfulla roller i samhället/social gemenskap
- Utveckla sin identitet och besegra stigma

I de två första temana, mobiliserande stöd med olika fokus och inriktning samt stöd som hindrar och bristande delaktighet, diskuteras hur omgivningen (de fyra nätverksaktörerna) kan främja respektive hindra återhämtningen. I det tredje och avslutande temat, strategier och kapaciteter, diskuteras hur individen försöker styra stöd- och återhämtningsprocessen i en, för denne, positiv riktning.

9.1.1. Mobiliserande stöd med olika fokus och inriktning

Det finns två aspekter av det sociala stöd som främjar återhämtningen jag särskilt vill betona, det mobiliserande stödet samt det sociala stödets olika fokus och inriktning.

När man sammanställer det sociala stöd som uppges vara främjande för återhämtningen visar det sig att den gemensamma nämnaren i detta stöd är att det är mobiliserande (vilket gäller för samtliga nätverksaktörer). Skälet till varför återhämtningen främjas genom mobiliserande stöd kan vara flera. Ett skäl kan vara att det är grundat på en jämlik och maktbalanserad relation där ingen av parterna ses som förmer. Sådana relationella aspekter främjar känslan av *erkännande och acceptans* av individen och dennes situation. Det visar sig i det mobiliserande stödet där såväl individens svårigheter som möjligheter integreras. Utgångspunkten är att utveckla individens egna förmågor och resurser, men utan att bortse från dess hinder och svårigheter. Det mobiliserande stödet implicerar att individen har egna förmågor, men att de periodvis kan vara reducerade. Huvudsyftet med stödet blir då att komplettera och täcka upp för det individen för tillfället inte klarar av.

Det ger ett annat skäl till det mobiliserande stödets värde, nämligen att det appellerar till individen som aktör och som betydelsefull resurs (trots psykiska svårigheter). Det mobiliserande stödet har därmed en inkluderande aspekt som jag finner intressant. För att kunna utveckla en persons egen förmåga förutsätter det kännedom om och intresse för både dennes svårigheter och resurser. Genom

att efterfråga och lyssna till individens berättelse värdesätter stödgivaren individen. Hon/han kan då se sig själv som en betydelsefull resurs och som en viktig förutsättning i förändringsarbetet och inte enbart som ett problem. På så sätt kan en mer positiv självbild utvecklas, vilket stärker individens *identitet*. När såväl individen som dennes upplevelser och erfarenhetskunskap inkluderas i processen, kan parterna gemensamt skapa ett stöd som är matchat till individens upplevda problem, dennes behov och föränderliga förmåga. Den inkluderande aspekten möjliggör därmed en balans mellan det stöd som ges och det stöd som behövs. När stödet är gemensamt formulerat ökar förutsättningarna för att stödet ska uppfattas som stödande och få avsedd effekt. Att vara inkluderad i stöd- och återhämtningsprocessen innebär också att individen ges överblick över vad som sker, vilket ger denne ökad *kontroll*, inte bara över sjukdom, hinder och svårigheter, utan över situationen i sin helhet.

Ett tredje skäl till varför det mobiliserande stödet är främjande för återhämtningen kan ha med dess framtidsorientering att göra. Syftet med det mobiliserande stödet är att utveckla individens egna förmågor att hantera sina problem och svårigheter. Det inrymmer dels en tilltro till individens egen förmåga, men också till att förändring och utveckling är möjlig. En sådan tilltro från andra menar jag, skapar en känsla av tillförsikt och *hopp* hos individen. På så sätt kan det mobiliserande stödet agera drivkraft för individen att ta sig vidare i livet, vilket främjar återhämtningen.

Om det sociala stödets mobiliserande funktion var gemensamt för samtliga nätverksaktörer så varierar stödets fokus och inriktning mellan dem. Ytterligare en intressant aspekt i sammanhanget är i vilken mån stödet är att betrakta som intentionellt eller icke intentionellt. Sådant stöd som tillhandahålls med stödgivarens avsikt att underlätta för individen att hantera det psykiska funktionshindret benämner jag intentionellt stöd. Det stöd som inte har någon direkt koppling till individens psykiska svårigheter, men ändå av individen upplevs och beskrivs som stödande, benämner jag icke intentionellt stöd. Ett sådant resonemang utgår från tanken om att stöd endast är att betrakta som stödande förutsatt att stödmottagaren upplever det så.

Det sociala stöd släkt och familj består med är främst fokuserat på att få vardagen att fungera. Det bygger på trygghet i det vardagliga livet och är inte så utåtriktat till sin karaktär. Relationen till släkt och familj kan ses som en knytpunkt kring vilket andra arenor, aktiviteter och roller möts. Det intentionella stöd de består med är ofta kopplat till olika vardagliga sysslor som individen behöver hjälp med. Släkt- och familjemedlemmarna bidrar även med icke

intentionellt stöd. Det vardagliga sociala umgänget upplevs som ett stöd även om det inte är avsett att vara stödjande³⁹. Det främjar återhämtningen även om det inte har någon egentlig eller uttalad koppling till individens psykiska funktionshinder. Det ger individen en välbehövlig distans till de psykiska svårigheterna. Det ger även denne en möjlighet att få vara och känna sig som någonting annat än enbart en stödbehövande person som belastar sina närstående genom sin psykiska problematik.

Det sociala stödet från vännerna är mer utåtriktat än det stöd släkt och familj bistår med. Det är ett aktiverande stöd som ofta bedrivs utanför hemmets väggar. Det har en gemensamhetsskapande karaktär och är inriktat på att våga sig ut i samhället och minskar därmed risken för isolering och utanförskap. Stödrelationen bygger på en flerdimensionell vänskap med olika former av umgänge och aktiviteter. Det sociala umgänget och de däri förekommande samtalen beskrivs och upplevs som socialt stöd och är såväl intentionellt som icke intentionellt. När vännerna inger mod och agerar igångsättare för aktiviteter, men även deltar i samtal relaterade till individens psykiska svårigheter (s.k. trouble talk), kan detta ses som intentionellt stöd. Samtidigt kan det sociala umgänget och samtalen ses som ett stöd i sig och behöver inte ha koppling till de psykiska svårigheterna och är därav att betrakta som icke intentionellt.

Det sociala stödet från arbets- och studiekamrater har fokus på att hantera arbets-/studiesituationen och upprätthålla rollen som arbets- eller studiekamrat. Det intentionella stödet syftar till att underlätta för individen att klara av sina arbetsuppgifter och de sociala relationerna på arbetsplatsen. Sådant stöd förutsätter kännedom om de psykiska svårigheterna, vilket verkar vara extra problematiskt när det gäller just denna nätverksaktör. Informanterna verkar mycket tveksamma till att berätta om sina psykiska svårigheter för dem. Det verkar vara förenat med en oro för att bedömas som avvikande och avvisas från relationen och rollen som arbets-/studiekamrat. Informanterna verkar förordade det icke intentionella stödet från denna stödaktör. Det vill säga att inkluderas och bemötas som arbets-/studiekamrat. Kanske prioriteras den stödformen framför det intentionella stödet på grund av att bekräftelsen som arbetskamrat är mer positiv för individens *självbild och identitet* än bekräftelsen som psykiskt funktionshindrad i behov av stöd och hjälp för att klara av sin arbetssituation.

När det gäller stödet från de formella stödaktörerna kan allt stöd från dem karaktäriseras som intentionellt och stödet har fokus på individens psykiska

³⁹ Den sociala samvaron bygger även upp den stödjande relationen.

funktionshinder. Syftet med stödet är att hitta sätt som kan underlätta för individen att hantera sina psykiska svårigheter med hjälp av de insatser som respektive myndighet eller välfärdsorganisation har att tillgå. De anställda är per definition personer som förväntas vara stödjande. Individen förväntar sig att de anställda ska omsätta sin kunskap och erfarenhet i stödhandling för att därigenom komplettera den kunskap och förmåga individen själv har att hantera sin problematik. De formella stödaktörerna intar enbart rollen som formell stödaktör, vilket är en skillnad i förhållande till närstående, vänner och kollegor. Givetvis kan professionella agera vän, kollega etc. men det sker ändå inom ramen för deras formella mandat att ge stöd.

Jag ser ett stort värde i att samtliga dessa fyra grupper av stödaktörer har olika fokus och inriktning på det stöd som ges. Individen ges då tillträde till olika arenor, aktiviteter och relationer, men även olika roller såsom vän, kollega, man, dotter, brukare etc. Det kan vidga individens bild av sig själv där hon/han kan inkludera fler positioner än enbart den som psykiskt funktionshindrad. Det leder återhämtningen i en positiv riktning då det främjar individens möjlighet till *social samvaro* och återtagande av *värderade roller i samhället*. Att inkluderas på fler arenor och i fler relationella sammanhang stärker *identiteten* och minskar de sociala *stigmatiserande* konsekvenserna av det psykiska funktionshindret. Här menar jag att det icke intentionella stödet kan fylla en än större funktion än det intentionella, eftersom det till stor del saknar koppling till individens psykiska funktionshinder. I sådana situationer möts individen av andra, men även av sig själv, utifrån andra premisser än vad hon/han gör i relation till det intentionella stödet. Utifrån icke intentionellt stöd kan individen med större enkelhet framträda just som den person hon/han är utan att sammankopplas med den utsatthet som det psykiska funktionshindret annars kan medföra.

Kan då dessa aktörer ersätta varandra? Utifrån mina ovanstående reflektioner kan det nog vara svårt. Varje aktör bär med sig olika roller, förutsättningar och förväntningar in i stödrelationen. Det är att betrakta som en styrka för individen och dennes återhämtningsprocess då det främjar ett samhälleligt deltagande på alla de arenor som hör medborgarrollen till. Klart är dock att vissa aktörer ibland *måste* ersätta eller kompensera för någon annan. Det har att göra med att förekomsten av stödjande relationer ibland kan vara begränsad, vilket kan relateras till såväl individens psykiska svårigheter som till att alla relationer inte förmår bära upp det sociala stöd individen behöver för att komma vidare i livet.

9.1.2. Stöd som hindrar och bristande delaktighet

När det gäller socialt stöd som hindrar återhämtningen är det dess koppling till bristande delaktighet jag särskilt vill diskutera.

Allt socialt stöd som ges uppfattas inte som stödjande och kommer därmed inte individen tillgodo. Det finns tre varianter på socialt stöd som hindrar återhämtningen. Två av dem har sitt ursprung i individens upplevda problem, men dennes förmågor och resurser tas inte i beaktande i tillräckligt hög grad. Resultatet blir det som upplevs som ”för mycket stöd” och stöd med ”ensidigt fokus på hinder och svårigheter”. När det gäller den tredje varianten är det stödgivaren som har definierat såväl problem som stödbehov. Sådant stöd upplevs som ”fel sorts stöd”. Den gemensamma nämnaren för detta hindrande stöd är att det saknar koppling mellan individens upplevda problem, dennes stödbehov och föränderliga förmåga att hantera sina psykiska svårigheter. Detta medför att flera stödförsök ”går förlorade” då de inte får avsedd effekt. Det leder till att individens stödbehov inte tillgodoses och/eller att dennes förmågor och resurser inte tas tillvara, men det leder även till en känsla av att inte vara inkluderad och delaktig i vare sig stöd- eller återhämtningsprocessen.

När omgivningen tar över ansvaret för hur en situation ska förstås och hanteras upplever individen det som bristande lyhördhet, förståelse och acceptans för dennes erfarenheter och upplevelser. När andra tar sig tolkningsföreträde försätter de sig själva i en mer central position i stöd- och återhämtningsprocessen. Det innebär en maktförskjutning där individen förlorar sin plats till förmån för den andre och därmed upplever sig sakna påverkansmöjligheter.

Konsekvenserna av det hindrande stödet och den bristande delaktigheten blir att individens *kontroll* över situationen går förlorad. I stället för att spela huvudrollen i processen förpassas individen till en *roll* som mer stödbehövande och stödberoende än nödvändigt. På så sätt betonas och förstärks rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad. I förlängningen kan det leda till att individen av andra, men även av sig själv, definieras och bedöms utifrån denna enda roll.

Rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad kan förvisso ses som en förutsättning för stöd. Utan att inneha denna roll kan inte stödbehov uppmärksammas, förstås eller legitimeras. Det kan leda till uteblivet stöd, vilket i sin tur kan förhindra individen från att komma vidare i livet och agera på olika arenor och i olika roller i samhället. Sett utifrån ett sådant perspektiv kan rollen som psykiskt funktionshindrad ha ett samhällsinkluderande syfte då den legitimerar och möjliggör socialt stöd.

Samtidigt är rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad förenad med en risk för *stigmatisering* och utanförskap. Så länge rollen som psykiskt funktionshindrad är i balans med övriga roller individen innehar är det kanske ingen större fara. Men när rollen tar över mer och mer av individens *identitet* och självbild påverkas återhämtningen i negativ riktning. En sådan ensidig betoning på hinder och svårigheter kan leda till att individen förlorar *hoppet* om att förändring är möjlig. Utan framtidstro, drivkraft och ambitioner stagnerar återhämtningsprocessen.

Nu kan man påpeka att personer med psykiska funktionshinder har så stora och omfattande behov och att det i sig skulle kunna medföra en mer tydlig position som psykiskt sjuk/funktionshindrad. Min tanke är dock att det inte handlar om behovets omfattning utan snarare om individens förmåga. Även om förmågan bedöms som aldrig så liten så menar jag att när den tas i beaktande då stödet formuleras, och om individens erfarenheter och upplevelser inkluderas i processen, så kan rollen som psykiskt funktionshindrad begränsas och inte ta överhanden i individens identitet.

Avslutningsvis vill jag ta upp något som både förbryllar och intresserar mig. När man betraktar var och en av studiens nätverksaktörer visar det sig att det hindrande stödet så gott som uteslutande rapporteras när det gäller släkt och familj samt de formella stödaktörerna. När det gäller vänner samt arbets-/studiekamrater är det snarare ett icke-stöd (d.v.s. att man inte får gehör för sitt stödbehov) än ett hindrande stöd som beskrivs. Det skulle kunna bero på att jag i intervjuerna inte har lyckats fånga upp resonemang om hindrande stöd då det gäller vänner och arbets-/studiekamrater. Alternativt att jag varit mer involverad i diskussionen om hindrande stöd när det gäller släkt och familj samt formella stödaktörer och att det blir missvisande av det skälet.

Vilka andra skäl kan det finnas? Kan det ha med stödförväntningar att göra? Kan det ha med stödgivarnas förhoppningar om och engagemang i att försöka underlätta för individen att hantera de psykiska svårigheterna? Det skulle kunna vara ett sätt att förstå det på.

Släkt och familj lever ofta nära individen och dennes psykiska problematik. De är förenade med ett moraliskt band med ömsesidiga förväntningar på varandra om att finnas där och ställa upp för varandra, i synnerhet i svåra kritiska situationer. Samtidigt är det tungt att leva nära någon närstående som far illa på olika sätt och mår psykiskt dåligt. Det medför med säkerhet en önskan om att på något sätt underlätta livet för individen och tillse att inte problematiken förvärras. Denna önskan menar jag inte bara är kopplad till krav

och förväntningar om att vara ett stöd för sina närstående, utan även grundad i omtanke och omsorg om den andre. I all välmening kan stödet bli för omsorgsinriktat och därmed kontraproduktivt för individen. När och om en individs återhämtning främjas får det även positiva återverkningar på de närstående. Belastningen på dem minskar i takt med att individen återhämtas, vilket kan vara ytterligare ett skäl till varför det sociala stödet från närstående ibland kan komma att bli ”för mycket” och därmed hindra återhämtningen.

När det gäller de formella stödaktörerna finns en stödförväntan inbyggd i deras arbetsuppdrag. De är anställda och får lön för att hjälpa individen och har (förhoppningsvis) sökt sig till yrket för att om möjligt göra skillnad för dessa personer. De har således krav och förväntningar på sig från både samhälle, arbetsgivare, individ och sig själva att bistå individen. Det hindrande stödet kan, som för närstående, vara ett uttryck för omtanke om individen där det blir lite ”för mycket av det goda”. Omtanken kan också ta sig uttryck i form av ett tolkningsföreträde där professionella innehar såväl formell makt som kunskap att formulera vad som kan vara det bästa för individen. På så sätt kan man förstå att det sociala stödet kan ta en annan riktning än den som individen önskar och därmed upplevas som för mycket eller fel.

9.1.3. Kapaciteter och strategier

I de två ovanstående temana har jag försökt utveckla resonemang om hur omgivningen kan främja respektive hindra återhämtningen. I detta tema övergår jag till att diskutera individens egen insats. Resultatet visade flera kapaciteter och strategier som individen innehar, men även utvecklar, för att hantera inte bara de psykiska svårigheterna utan även stödrelationen. Dessa har jag sammanfattat i fyra grupper vilka kommer att diskuteras med avseende på dess syfte och konsekvenser. De grupper av strategier som kommer att diskuteras är:

- förståelseskapande och legitimerande strategier
- värnande strategier
- gränssättande strategier
- inkluderande strategier

Den första gruppen, förståelseskapande och legitimerande strategier, syftar till att skapa förutsättningar för socialt stöd, men kan även minska risken för att konflikter eller missförstånd ska uppkomma. Ett sätt är att öppet berätta om sina psykiska svårigheter för de presumtiva stödgivarna. På så sätt hoppas individen

skapa förståelse hos dem för hur de psykiska svårigheterna påverkar individens liv, vilket stödbehov hon/han är i behov av samt hur omgivningen kan bistå på bästa sätt. När de presumtiva stödgivarna görs uppmärksamma på stödbehovet kan det främja stödlegitimiteten så att de finner det angeläget att hjälpa individen. Ibland förstärker individen sitt stödbehov. Skälet till det är att stärka stödlegitimiteten och därmed säkra upp ett fortsatt stöd. Nackdelen med dessa förståendeskapande och legitimerande strategier är att de också öppnar upp för risken att avvisas och/eller bemötas som onormal eller konstig. Konsekvensen av strategierna kan i bästa fall leda till att individen får sina behov tillgodosedda. I värsta fall avvisas de och behoven måste tillgodoses på annat sätt. Alternativet att inte berätta om sina psykiska svårigheter ger sällan någon möjlighet att få det stöd man är i behov av. Risken för att avvisas finns även om omgivningen inte har vetskap om problematiken, då individens beteende och agerande kan verka så märkligt att omgivningen drar sig undan. Oron för att avvisas om den psykiska problematiken blir känd verkar vara störst när det gäller arbets-/studiekamrater. En möjlig orsak till det kan vara att dessa relationer inte har samma kontinuitet och närhet som de till exv. vänner. Det gäller dock inte för dem som har sin sysselsättning på verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. Där finns inte samma oro eller behov av att berätta om sina psykiska svårigheter då alla vistas där på samma grunder. Sett ur ett återhämtningsperspektiv kan de förståendeskapande och legitimerande strategierna ses som ett sätt att nå *ökad kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter* då det syftar till att skapa förutsättningar för stöd. De kan även ses som ett sätt att uppnå *erkännande och acceptans* för den individ man är, sina psykiska svårigheter till trots.

Den andra gruppen, de värnande strategierna, syftar till att bibehålla den stödjande relationen. Det handlar inte enbart om att tillse att man får fortsatt stöd utan grundar sig även i omtanke om stödgivaren. Strategierna uppvisar det värde individen ger såväl stödgivaren, det stöd hon/han förser individen med samt den *sociala samvaron* dem emellan. Det visar även den medvetenhet individen har om hur belastande dennes psykiska svårigheter kan vara för omgivningen. Ett sätt individen använder sig av är att fördela stödbehovet mellan flera personer för att därigenom minska belastningen på enstaka stödgivare. Ett annat sätt är att undanhålla information om sitt stödbehov och/eller undvika att söka stöd. Risken med de värnande strategierna är att individens stödbehov blir osynliggjort och därför inte kan tillgodoses, vilket lämnar ett större ansvar på individen att själv försöka hantera sina psykiska svårigheter. Det gäller i synnerhet för dem som inte har så många presumtiva stödgivare att alternera

emellan. Ett avslutande exempel på värnande strategier är att gottgöra och kompensera för det man utsatt sin omgivning för. Dessa strategier är mer kopplade till att bibehålla den betydelsefulla relationen trots det som varit. Det är en strategi som främst används i relation till nära familjemedlemmar då man känner en stor skuld och oro för vad man åsamkat dem för skada i samband med sina psykiska funktionshinder.

Tredje gruppen, de gränssättande strategierna, syftar till att värna sig själv, sin *identitet* och självbild samt den psykiska hälsan. Dessa strategier används i relationer som tar mer än de ger. Det vill säga relationer präglade av konflikter, kränkningar och utnyttjande eller relationer med bristande ömsesidighet. För individen handlar det om att markera var gränsen går för vad som är acceptabelt och inte i en relation. Vanligtvis försöker individen balansera upp relationen och ger den andre ett val, en chans till förändring, innan relationen bryts. Dessa strategier är mest vanliga vad gäller släkt och familj samt vänner. Samtidigt är det dessa relationer det är svårast att sätta gränser för. Relationerna är så betydelsefulla i sig själva och inte bara som stödrelationer. Det dilemma individen ställs inför är att ställa värdet av relationen mot den skada den kan leda till om den destruktiva relationen kvarstår. Det finns en uppenbar risk att individen accepterar mer än nödvändigt av rädsla för att förlora den betydelsefulla relationen, men riskerar därmed istället att förlora sig själv (och även försämrar psykiskt). De gränssättande strategierna används även i relation till de formella stödgivarna. När stödet och stödrelationen dem emellan inte ger den effekt individen är ute efter, utan snarare förstärker de psykiska svårigheterna sätter individen gränser. Även om hon/han kan poängtera för den professionelle på samma sätt som för andra stödgivare, så verkar det mer vanligt att individen istället sätter gränser genom att avsluta stödkontakten alternativt undvika att söka stöd där igen.

Den fjärde och avslutande gruppen, de inkluderande strategierna, syftar till att bibehålla *betydelsefulla roller* som individ, vän, arbetskamrat etc. för att därigenom undvika isolering, utanförskap och *stigmatisering*. Det handlar om att skapa relationella förutsättningar för fortsatt inkludering som någonting annat än enbart psykiskt funktionshindrad. Ett exempel på en sådan strategi är det stora ansvarsfulla arbete individen lägger ner på att ha kvar sina vänner och fortsatt få vara en vän för dem. De försöker balansera upp stödutbytet dem emellan och själva alltid se till att återgälda givet stöd, men även vara ett stöd för vännerna när de behöver. Risken med denna strategi är att individen så gärna vill inkluderas att hon/han ställer upp på mer än vad hon egentligen borde av oro för att annars uteslutas ur vänskapen och förlora det stöd vännerna bistår med.

Eftersom det är svårt att utveckla och upprätthålla vänskapsrelationer i samband med psykiska funktionshinder är man kanske mer rädd om de få man har, vilket i sig kan tyda på att det stöd vänner bistår med svårligen kan ersättas av annan stödgivare.

En annan inkluderande strategi är kanske mer invecklad. Den handlar om att bibehålla inkludering genom att undvika exkluderande situationer, och kan således förstås som ett sätt där individen försöker *hantera stigmatiserande* effekter av det psykiska funktionshindret. Det är värdefullt för individens återhämtning att bibehålla och utveckla *roller* som är fria från rollen som psykiskt sjuk/funktionshindrad. Samtliga informanter har erfarenheter av att förhållningssättet från omgivningen förändras när de får veta att individen har psykiska svårigheter. Av det skälet försöker individen undvika att avslöjas som psykiskt sjuk, vilket innebär att hon/han inte gärna berättar om sina svårigheter om risken för negativa konsekvenser bedöms överhängande. Individen försöker låtsas vara någon annan än hon egentligen är och verka så normal som möjligt för att hemligheten inte ska avslöjas. Denna strategi är mest vanlig i relation till arbets-/studiekamrater kanske för att den rollen är så starkt förknippad med normalitet och en väg ut i samhället. Samtidigt verkar oron för de stigmatiserande effekterna vara starkare än längtan efter att bibehålla rollen, vilket visar sig då individen inte tvekar att dra sig ur och helt undvika situationer där hon/han inte känner sig tillräckligt trygg för att riskera avslöjas. En variant på en inkluderande strategi är när individen drar sig undan relationer där det finns en uppenbar risk för att de psykiska svårigheterna och rollen som psykiskt funktionshindrad ska förstärkas eller befastas. Den används i samband med relationer där individen inte tycker sig komma till sin rätt, där dennes resurser och förmågor inte tas tillvara. De sociala konsekvenserna av det psykiska funktionshindret inverkar starkt på individen och kan få betydande konsekvenser för individens *självbild och identitet*, vilket hindrar återhämtningen. Det gör dessa inkluderande strategier än mer begripliga i individens strävan efter att komma vidare i livet.

Strategierna kan ses som ett återtågande av makten över situationen. Det ger individen ökade möjligheter att hantera och *kontrollera* sina hinder och svårigheter. Dessa strategier förstärker bilden av individen som en *aktiv* person med kapacitet och förmåga att ta ansvar för sitt liv och sin återhämtning. Det visar på individens egen kraft, men tydliggör även dennes behov av andra för att komma vidare i livet. Redan vid intervjuerna var jag förbluffad över all den kraft som individerna utstrålade även om de berättade om livssituationer som var otroligt svåra att leva i. Att jag fått så mycket material om just kraft, förmågor

och strategier kan härledas till mitt intresse och min forskningsfråga om just det. Det kan betyda att när man visar intresse för människors resurser så frigörs kraft och förmågor som annars kunde gått förlorade. Frågan är dock på vad dessa personer måste lägga sin kraft och energi? Läggs för stor del av den på att försöka hantera ickestödjande stöd, hindrande relationer och stigmatiserande effekter av funktionshindret? Skulle ett ökat deltagande i stöd- och återhämtningsprocessen och förändrade samhälleliga attityder, kunna leda till att individen i större utsträckning kan lägga sin energi och kraft på att vidareutveckla resurser och förmågor som främjar återhämtningen?

9.2. Socialt stöd och återhämtning - några slutsatser.

Utifrån studiens syfte och frågeställningar, dess empiriska material, analys och resultat kan det sociala stödets betydelse för återhämtningen konkluderas i sex punkter:

- Det sociala stöd som främjar återhämtningen är det mobiliserande stödet. Det främjar individens kontroll över sjukdom, hinder och svårigheter, men appellerar samtidigt till individen som central aktör och som en person med inte bara hinder och svårigheter utan även med resurser och förmågor.
- Det faktum att det sociala stödet från de olika stödaktörerna har olika fokus och inriktning främjar återhämtningen då det ökar möjligheten för individen att bibehålla, men även utveckla social gemenskap och olika roller i samhället.
- En jämlik relation främjar återhämtningen då den skapar förutsättningar för socialt stöd och inkluderar erkännande och acceptans av både individen som person och dennes situation.
- Socialt stöd som inte är anpassat till individens upplevda problem, dennes stödbehov och över tid föränderliga förmåga att hantera sina psykiska funktionshinder hindrar återhämtningen. Det fråntar individen kontroll över sin situation, ökar stödberoendet och förstärker sjukrollen.
- Relationella aspekter såsom exv. avvisande eller bristande lyhördhet och/eller acceptans är hindrande då individen inte inkluderas i stöd- och återhämtningsprocessen och därmed förlorar sin centrala position.

- De fyra grupper av strategier som utkristalliserade sig; förståendeskapande och legitimerande, värnande, gränssättande samt inkluderande synliggör individens vilja och kapacitet att ta aktivt ansvar för att styra sin återhämtning i positiv riktning.

9.3. Något nytt under solen?

Inledningsvis i avhandlingen diskuterade jag föreliggande studies relevans. Där lyfte jag fram vilken kunskapslucka jag tänkte mig delvis kunna fylla med min forskning. Avslutningsvis är det dags att återknyta till det.

Jag hade en förhoppning om att min studie och dess resultat skulle ge en möjlighet att komma närmare våra samhälleliga visioner och målsättningar om att förbättra livsvillkoren för personer med psykiska funktionshinder. Kunskapen om dessa människors livsvillkor och vardagsliv satt i ett sammanhang utifrån individens perspektiv var bristfällig. Min ambition var att bidra genom att betona individens erfarenhetskunskap och aktiva roll. Metodvalet med kvalitativa intervjuer med personer med psykiska funktionshinder var ett led i denna ambition. I resultat och analys har jag lyft fram individernas erfarenheter och upplevelser, även om det förvisso är jag som står för tolkning och analys av det sagda.

Har jag då kunnat komplettera tidigare forskning på området och i så fall hur? Den befintliga forskningen om såväl socialt stöd som återhämtning är tämligen omfattande. När det gäller den sociala stödforskningen kan jag ha kompletterat den befintliga kunskapen genom att fokusera på personer med psykiska funktionshinder. Den sociala stödforskningen om just personer med psykiska funktionshinder är inte så uttalad. Den tidigare forskningen har främst betonat att socialt stöd kan främja psykisk (och fysisk) hälsa för olika grupper i samhället med betoning på personer i olika utsatta livssituationer i allmänhet. När det gäller tidigare forskning om återhämtning har merparten av den fokus på aspekter som främjar återhämtning. När det gäller nätverksgrupper som kan främja återhämtningen är det främst professionella som stödaktörer som har betonats. Utgångspunkten har ofta varit individens perspektiv, men det har främst varit personer som har någon form av samhälleligt stöd som har studerats. Här tycker jag mig ha bidragit genom att jag lyft fram fyra olika nätverksaktörer, använt informanter både med och utan formellt stöd samt analyserat såväl främjande som hindrande faktorer i återhämtningen.

Genom att ha kopplat samman teorier om socialt stöd och återhämtning med målgruppen personer med psykiska funktionshinder hoppas jag ha kunnat bidra till ett vidgat kunskapsperspektiv (och kunskapsintresse) både för socialt arbete som ämne och praktik. Förhoppningen är att studien och dess resultat ska ge omgivningen, och då inte minst socialarbetare, en möjlighet att förstå komplexiteten i såväl stöd- som återhämtningsprocessen, men även hur omgivningen genom att i större utsträckning inkludera individen och dennes erfarenheter och upplevelser kan främja dessa processer och därigenom skapa bättre livsvillkor för denna utsatta grupp i vårt samhälle. På så sätt skulle det sociala arbetet kunna bli mer återhämtningsinriktat och bättre kunna tillvarata de resurser och förmågor som finns hos individen och i dennes omgivning.

SUMMARY

Introduction

This study is about people with psychiatric disabilities, what helps and what stops them from moving forward with their lives. More precisely, it's about the significance of social support to the recovery process, which is analysed here, with the individual's own experiences in focus.

In spite of the last few years' many reforms to improve the quality of life for people with psychiatric disabilities, they are still one of the most vulnerable groups in our society. The reasons for these differences in quality of life may be numerous. One can be tied to their complex map of problems, which leads to great difficulties in daily life. Another reason may be the lacking knowledge about people with psychiatric disabilities, their daily lives and conditions of living in a social context, seen from the perspective of the individual. A third reason could have a connection to the formal support that's in place today, and the fact that it doesn't always reach the individual or take their perceived need into account (Rosenberg, 2009). In order to change the conditions of living for these individuals they have to get a real opportunity to influence their life situation. Involvement and citizenship are significant aspects that are emphasised in the national strategy for the development of communal resources for people with psychiatric disabilities and illnesses (SOU, 2006:100).

The idea behind the study in question is, with a starting point in the experiences of the individual, to shed light on the great value of their experience based knowledge and active role in the recovery process, as well as in society as a whole. When focusing on the significance of social support, the influence of surroundings on the recovery process is clarified. The knowledge about what the individual themselves find beneficial or hindering respectively increases the chance that the available social support will be able to match the perceived need of the individual. Support resources can then be used in a better way, and as a complement to the abilities and resources that the individual already has.

Aim and research questions

The purpose of this study is to describe and analyse the significance of social support to the recovery process of adults with psychiatric disabilities, with a starting point in the individual's own experiences.

- What is the significance of social support to the recovery process?
- What type of social support is perceived by the individual as beneficial or hindering respectively?
- Which relational aspects benefits or hinders the support- and recovery process respectively?
- What strategies and abilities does the individual develop to deal with obstacles and difficulties?

Theoretical framework

The study has two theoretical perspectives; social support and recovery. Social support was one of the central starting points of the study, and recovery as a theoretical perspective was given more attention in the analytical process. The concepts that has been named by me and by the informants as “moving on with life” and “making daily life work” could be interpreted as a part of the recovery process. It thus came naturally to include theories regarding recovery in the analysis of the empirical material. Social support can be seen as a meaningful part of the recovery process. Both perspectives put emphasis on relationships and social interaction. The relationship between the individual and their surroundings has consequences to the way in which the social support will be perceived, which in turn affects the recovery process. By connecting the theoretical perspectives in the analysis, the scope can be increased and a possibility for new knowledge about the target group's need for support and recovery is created. I am hoping that the connection between the field of knowledge and praxis will mean that the knowledge obtained from the study in question can have a positive effect on the practical work with the group.

Social support

Social support is a common occurrence in people's relationships and daily lives which can be accentuated in critical situations. One of the earliest definitions of social support comes from Moss (1973, s. 237):

"Social support is the subjective feeling of belonging, of being accepted, of being loved, of being needed, all for oneself and not for what one can do."

During the 1990s, the communicative perspective on social support has made advances. Social support is seen as communication between people, and the social interaction is central. Problems are discussed and support is communicated among people. Social support consists of three parts: action/message, interaction and relationship. Supportive actions and messages are created within the interaction. The relationship between the parties is a result of the supportive interaction which is contextualising the former. Simplified, it can be said that social support can be defined as support seeking, support providing and support receiving. The process can be described from the perspective of two roles, which have three different positions: support provider and support receiver, where the latter as acts as support seeker.

To separate the resources that are exchanged between the parties in the supportive relationship, the social support can be categorised according to various forms of support. There is always a risk in doing this as it can be perceived as the forms in themselves are supportive. The support process is much more complex. It is not enough to focus on what support is given, there must also be a connection to how it is given and perceived. The relational qualities and the subjective experience of the individual must be taken into account. There are those who claim that social support can't be considered support unless that is how it is perceived by the receiver. Such a viewpoint thus emphasises the subjective assessment of the support and view this aspect as an important factor in the support process. The degree to which a supportive action will be perceived as supportive or not is affected by three aspects: previous experiences of support relationships, the quality of the relationship between the parties and how appropriate the given support was.

Recovery

Recovery can be seen, and is seen by many, as a lifelong process that happens through a number of steps in various stages of life. It is the development of

people's abilities, where the individual uses their experience of their difficulties to be able to lead a meaningful life even if they are still limited in certain areas (Roe & Chopra, 2003). In the recovery process, the individual is responsible for their own recovery and they will play the lead role (Velpry, 2008). There are four factors that can be considered the individual's task and challenge as well as their goal in the recovery process. The individual will take the lead in the process and their surroundings can in various ways help or hinder them. The four goals are:

- To achieve control over illness, obstacles and difficulties
- To receive recognition and acceptance
- To regain a meaningful role in society/social community
- To develop an identity and overcome stigma

To achieve control over illness, obstacles and difficulties is to retake power over one's situation and find strategies to bridge difficulties. Hope that change is possible is significant to positive recovery. Others can act as stand-ins when the individual's own hope and belief in their ability is failing. To receive recognition and acceptance, both from oneself and from others, is about integrating obstacles as well as opportunities into one's self image and not (by oneself or others) be reduced to only being ill or having a psychiatric disability. By being included in society and experiencing community, the individual can regain meaningful roles in society/social community, which strengthens the self and provides a feeling of being able to contribute to society. The final factor, to develop an identity and overcome stigma, is connected to the social consequences that goes hand in hand with psychiatric disabilities. Even if the psychiatric difficulties themselves can hinder the recovery process, the social consequences are an overall greater challenge for the individual to overcome.

Methods

The study concerns adults (over 18) with psychiatric disabilities. The individuals in the survey group are both with and without formal support, although each informant in the group considers themselves to have a psychiatric disability.

The main method in the study is qualitative interviews. Each of the informants was interviewed three times. The repetitive form of the interviews lead to three separate interview guides being created over the course of the data

collection process. The goal of the first interview was to get a general idea of the subject's daily life, activities, arenas, relationships and support. The second interview focused on meaningful relationships. The third and final interview had one general and one individual part. The general part focused on the subject's psychiatric disabilities, their opportunities as well as existing and desired support measures. The subject matters in the individual part were related to the previous interviews with each of the participants and aimed to develop or expand on previous discussion.

I chose a qualitative method for my analysis and have been influenced by qualitative content analysis. My goal was to find themes in the informant's statements, as well as in the theory. I have thus held an abductive position towards theory and empirics.

Results

The material was analysed using theories about social support and recovery and was presented with a base in four different networking entities that represents the significance of social support to the recovery process. Each chapter containing the results is themed based on what I have interpreted as beneficial or hindering in order for the individual to overcome their obstacles and be able to move on with their life. This includes relational aspects as well as various forms of support, as well as the abilities and strategies the individual develops. Each chapter finishes with a conclusion where the main results are discussed with regards to social support, relational aspects, strategies and abilities that is then connected back to the four factors of recovery:

- To achieve control over illness, obstacles and difficulties
- To receive recognition and acceptance
- To regain a meaningful role in society/social community
- To develop an identity and overcome stigma

Close and extended family

In the analysis, three forms of support stood out: compensating, reflective and discussing and motivational support. All of these can be classed as mobilising. The individual's perceived problem is in focus and the mobilising support is

sensitive to the fluctuating ability that is associated with psychiatric disability. The analysis showed that even unintentional support could be perceived as supportive. This support is associated to everyday social relationships. A social life with continuity that isn't solely associated with the psychiatric disability gives a sense of security and belonging and makes spontaneous support possible. However, that support is intentional is not a guarantee for it being perceived as supportive. Support that isn't related to the individual's own ability is perceived as "too much" support and seems hindering. A mobilising outlook as well as acceptance and reciprocity are meaningful aspects that benefit the recovery process. In order to retain the supportive and beneficial family relationships and to decrease the stress on these, the individual uses strategies to keep parts of their situation and their need for support hidden. It was uncovered in the analysis that several of the informants have family relationships that are characterised by deceit, broken expectations and conflicts. This affects the relationship, as well as other relationships, their future search for support and the individual's mental health. To be able to handle the deceit- and conflict ridden relationships, the individual tries to set up boundaries for what is acceptable in the relationship. The hope is to save the relationship, but without losing him- or herself. The individual puts their own health and well being first, which may mean the end of the relationship.

The mobilising forms of support are beneficial to the individual's control over their illness, obstacles and difficulties. Recognition and acceptance are expressed through respect and attention to the individual's experiences. Meaningful roles and social community are benefits the most from the compensational support that is provided by close relationships. The compensational support, where the individual receives help with various practical everyday tasks that they can't manage on their own, is not only relieving, but also preventive. Without the compensational support, there is a risk that the individual, for example, gets evicted or put in debt, which would push them further away from becoming a regular citizen. The everyday social interaction with close and extended family contributes to social community. It is, however, not very extrovert in its character, but it is none the less important for the furthering of the recovery process. Everyday social interaction in different arenas gives the individual an opportunity to maintain and develop roles other than the "sick role". Mutual relationships, where the individual can both give and receive support, decreases the risk of getting trapped in a one sided role as the sick/receiving person. Recognition and acceptance from close relations is meaningful to the individual's self image and identity. A positive

affirmation, where the individual and their problems are approached without judgement or without placement guilt inspires a sense of adequacy. Close relations' way of normalising and making the psychiatric disability part of everyday life (without diminishing the problem) decreases the risk of alienation and stigma.

Friends

The analysis shows that social interaction with friends is a significant support. Friends are inspirational, act as catalysts and inspire courage and as such, make more extrovert activities within society possible, which in turn decreases the risk of isolation. But it also means taking a step closer to the coveted role of a "normal" citizen. Another type of social support that is being emphasised is confidential, supportive conversations. Everyday conversations distance the psychiatric issues, while the conversations that focus on these (so called "trouble talks") helps the individual to better handle various situations since friends can refine interpretations of these and shed light on new perspectives. Conversations with persons with similar experiences increase understanding and the opportunity of identification. It also contributes to normalisation of the psychiatric disabilities and leads to an increased acceptance of the self. Multi faceted friendship relationships are an important aspect as they strengthen the friendship as well as the social support. Understanding and acceptance are two aspects of quality that are significant to obtaining the support one needs. Another important factor is balanced exchange of support; to receive and return, to give and get back. This strengthens the value of the individual, evens out the balance of power in the relationship and makes the individual less dependent. The individual feels highly responsible for creating understanding and acknowledgement and for maintaining the balance in the relationship. One sided relationships and hurtful behaviour are detrimental to the recovery process. The individual is worrying about (and has experienced) how their friends will react to the psychiatric difficulties, which can disrupt both the exchange of support and the recovery process.

There were four strategies that became prominent in the material. The first one, openness about the psychiatric difficulties, aims to achieve an increased understanding through which the relationship can be maintained and the need for support fulfilled. To amplify the need for support aims to validate the need for support in order to make friends consider it relevant to support the

individual. There is a risk with this strategy that the need for support will increase as the individual's own abilities diminish. The third strategy is to divide the need for support among several people in order to avoid putting too much stress on a single person and thus maintain the relationships. This strategy presupposes that there are indeed several people to divide the support responsibility among. The same thing is true for the final strategy, to avoid seeking support.

The control over illness, obstacles and difficulties is strengthened through the supportive conversations. The strategies that the individual develops in order to be able to get the support they need, and to maintain the supportive relationship shows that the individual takes responsibility in order to achieve control. The extrovert community with friends benefits the individual's struggle towards having a meaningful role in society/social community. When friends stay and offer help and support even after they find out about the psychiatric difficulties, the individual comes closer to achieving recognition and acceptance. This in turn helps the individual to accept themselves, which is a significant step on the way to developing an identity and overcoming stigma. If the friends back away when they find out about the psychiatric disability, recovery is hampered, partly because a potential source of support is lost and with that, an instance of social support. Also, when a friend disappears, the individual can no longer take on the role of friend.

Co-workers and fellow students

The support that can be provided by co-workers and fellow students is of a structuring and problem solving kind. This kind of support makes it easier for the individual to perform their tasks and partake in social interaction. In the analysis, a third form of support – understanding – surfaced. When there is understanding for the individual and their problems, they don't have to spend energy keeping up appearances, which in time may affect their ability to handle their work situation. Understanding is a presupposition for support as it increases the possibility of determining what kind of support the individual needs. For the individual to find the courage to tell someone about their psychiatric difficulties the relationship has to be trusting, which seems problematic when it comes to co-workers and fellow students. There isn't the same degree of confidence and trust in these relationships as there is in those to e.g. friends, which creates uncertainty in the individual as to whether they will

be rejected when the colleagues hear about their psychiatric difficulties. A lack of understanding and acceptance can create irritation and conflicts within the workplace. This negatively affects the (support) relationship, the individual's ability to do their job as well as their mental health. A reason behind the conflicts is that the requirements for how tasks are supposed to be performed in the workplace and how the social game is supposed to be played are not adapted to the ability of the individual. Lack of knowledge about the individual's psychiatric disability in co-workers and fellow students also acts as a catalyst to conflicts in the workplace.

I found two strategies that the individual uses to maintain a meaningful role, their dignity and the idea of themselves as something more than just mentally ill; maintenance and retreat. The development of these strategies spring from the individual's anticipation for (and experience with) the stigmatising attitudes, that are connected to psychiatric disabilities and impairment. These strategies can decrease the risk of discriminating reactions and rejections. However, they also decrease the possibility for the individual to receive help managing their work situation since the need for support isn't pronounced. The second strategy also leads to the meaningful role being lost, which speaks clearly about the force behind the stigmatising effects of psychiatric disabilities and impairment.

Co-workers and fellow students can increase the individual's degree of control over illness, obstacles and difficulties by offering support of the structuring and problem solving kind. The meaningful role of co-worker and/or fellow student is made available through access to those arenas and the inclusion of the individual in the social community by the people in it. The recovery process is benefitted when the individual receives affirmation first and foremost as a co-worker and/or fellow student and not as someone with a psychiatric disability (also in arenas in the so called psychiatric field).

This is made possible when co-workers and fellow students approach and value the individual based on premises other than the psychiatric disability. In this way the individual receives affirmation that they are competent in their own as well as in the eyes of others, which in turn contributes to their chances of obtaining recognition and acceptance. Through the positive reinforcement that they receive as a co-worker and/or fellow student, the individual can draw attention to the resources and abilities they possess. This contributes to the strengthening of the individual's self image and identity. One way to, if not overcome, handle stigma is to be open about one's psychiatric difficulties.

Whether it leads to increased acceptance or to increased stigmatisation depends on the reaction the revelation receives.

Formal support agents

The social support that is requested of formal support agents is part knowledge and experience, part respect and trust for the individual and their experiences. This type of support can increase the individual's understanding of their own situation and fortify the hope that change is possible. Too much support and/or the wrong type of support is inhibiting, which stems from the fact that it's not been adapted to the individual's perceived problems and resources. A significant relational aspect here is credibility. It is strengthened when the formal support agents transform knowledge and experience into concrete (supportive) action. The credibility is reinforced when they show that the individual's experiences are valuable knowledge to them. In a relationship where the individual is shown respect and trust, the balance of power between the parties can come to equilibrium, which means the individual gets a more central role in the recovery process. It can prove meaningful for the professional to contribute with their personal experiences of having psychiatric difficulties. This increases the equality in the relationship and strengthens the individual's belief that change is possible. A scenario where the professional fails to listen and claims their own perspective as more valid and relevant than that of the individual has a hindering effect. The same can be said for a scenario where the individual feels that they, and their ability to change, are subject to distrust.

The analysis shows that the formal support agents can promote control over illness, obstacles and difficulties by offering a more nuanced picture of the individual's difficulties. To be included, valued and feel part of the supportive relationship benefits the individual's degree of control over their condition compared to when the professional takes most of the responsibility. The balanced relationship where the professional shows respect, trust and interest in the individual and their experiences with regards to both difficulties and resources increases the chance of reaching recognition and acceptance. In such a relationship, where the individual feels valued for being themselves, the opportunity to (re)take on the role as something other than psychiatrically disabled increases. However, I would like to point out that the risk of a sick role being amplified and secured in relation to formal support agents is substantial. The reason for this is that their task is often based in the individual's

shortcomings, difficulties and needs. Even if the goal is to strengthen the individual's abilities and resources, the support they receive is based on their difficulties. This focus on obstacles and difficulties could lead to the development of a negative self image. In contrast, by including the individual's possibilities and resources and show trust in their ability to change, a more positive self image can be created. Thus the individual's struggle to develop an identity out with the sick role is benefitted, and it is also possible that the risk of stigmatising effects to take hold of the individual will decrease.

Concluding remarks

The aim of this study has been to describe and analyse the significance of social support to the recovery process of people with psychiatric disabilities. This has been portrayed through four networking groups. The result showed that the type of support that best benefits the recovery process is the mobilising support. It benefits the individual's control over the disease, obstacles and difficulties while it appeals to the individual as a central actor and as a person with difficulties as well as resources. The fact that the social support from the various support agents has different focus and direction benefits the recovery process as it increases the opportunity for the individual to maintain as well as develop social community and various roles in society. A relational prerequisite to social support is an equal relationship since the recognition and acceptance it gives the individual as a person and their situation is beneficial the recovery process. The type of social support that impedes the recovery process is the type that lacks connections between the individual's perceived problem, their need for support and their over time fluctuating ability to handle their psychiatric disability themselves. This is because it robs the individual of control over the situation, increases the need for support and fortifies their role as sick. Recovery comes to a halt when the individual isn't included in the support and recovery process, which is made clear through relational aspects such as lacking attentiveness, substandard acceptance as well as rejection. The individual's will and capacity to actively take on the responsibility to steer their recovery in a positive direction was made visible through the four groups of strategies that were crystallised through the course of the research; creation of understanding and legitimisation, cultivation, the creation of boundaries, and including strategies.

LITTERATURLISTA

- Adelswärd, V. (1997). Berättelser från älgpassen – om metoder för att analysera jaktberättelsers struktur, poäng och sensmoral. I L-C. Hydén & M. Hydén, (Red.), *Att studera berättelser*. Stockholm: Liber.
- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987). Dilemmas of Supportive Communication. In T. L. Albrecht & M. B. Adelman (Eds.), *Communicating social support*. Thousand Oaks: Sage.
- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andernaes, A. (2000). Generalisering: om ringvirkningar og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersökelse. I H. Haavind (Red.), *Kön och tolkning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Andersson, G. (2009). *Vardagsliv och boendestöd – en studie om människor med psykiska funktionshinder* (avhandling för doktorsexamen, Stockholms universitet, 2009).
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16, (4) 11.
- Anthony, W. A., & Blanch, A. (1994). Supported Employment for Persons who are Psychiatrically Disabled: An Historical and Conceptual Perspective. In W. Anthony & L. Spaniol (Eds.), *Readings in Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment – olika infallsvinklar. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Badr, H., Acitelli, L., Duck, S., & Carl, W. J. (2001). Weaving Social Support and Relationship Together. In B. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal relationships Implications for clinical and community psychology*. Chichester: Wiley.
- Barbee, A. P. (1990). Interactive coping: The cheering-up process in close relationships. In S. W. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.

- Barnes, M. K., & Duck, S. (1994). Everyday Communicative Context for Social Support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support. Messages, Interactions, Relationships and Community*. Thousand Oaks: Sage.
- Barron, K. (1999). Ethics in qualitative social research on marginalized groups. *Scandinavian journal of disability research*. 1, (1), 38-48.
- Barron, K., Michailakis, D., & Söder, M. (2000). Funktionshindrade och den offentliga hjälpapparaten. I M. Szebehely (Red.), *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Antologi från Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Becker, H. S. (1998). *Tricks of the Trade*. Chicago: University of Chicago.
- Berg, L-E., Boglind, A., Leissner, T., Månsson, P., & Värnlund, H. (1982). *Medvetandes psykologi*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 79, 953-961.
- Borg, M. (2008). *Vardagslivet*. I A. Topor & M. Borg (Red.), *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur.
- Borg, M., & Topor, A. (2008). En brukarinriktad verksamhet. I A. Topor & M. Borg (Red.), *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur.
- Brand, S., & Hirsch, B. J. (1990). The Contribution of Social Networks, work-shift Schedules, and the Family Life Cycle to Womens Well-being. In S. W. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.
- Brashers, D. E., Neidig, J. L., & Goldsmith, D. J. (2004). Social Support and the Mangagement of Uncertainty for People Living with HIV or AIDS. *Health Communication*. 16, (3), 305-331.
- Breier, A., & Strauss J. S. (1984). The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*. 141, (8), 949-955.
- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (B. Nilsson övers.) Liber ekonomi: Malmö. (Originalarbete publicerat 2001).
- Burleson, B. R. (2009). Understanding the outcomes of supportive communication: A dual-process approach. *Journal of Social and Personal Relationships*. 26, (1), 21-38.

- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., Goldsmith, D. J., & Sarason I. G. (1994). The Communication of Social Support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support. Messages, Interactions, Relationships and Community*. Thousand Oaks: Sage.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization*. Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for Social Work. *Health and social work*. 27, (2), 86-94.
- Cassel, J. (1974). Psycho-social processes and stress: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services* 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The Contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 104, (2), 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psykosomatic Medicine*. 38, 300-314.
- Cooley, C. H. (1981). *Samhället och individen*. (M. Hedlund övers.) Göteborg: Bokförlaget Korpen. (Originalarbete publicerat 1902).
- Coyne, J. C., & De Longis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54, 454-460.
- Cruse, G. (2008). *Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom. Förekomst och återhämtning* (avhandling för doktorexamen, Lunds universitet, 2008).
- Cutrona, C. E. (1989). Ratings of social support by adolescent and adult informants: Degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 723-730.
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples*. Thousand Oaks: Sage.
- Cutrona; C. E., Suhr, J. A., & MacFarlane, R. (1990). Interpersonal transactions and the psychological sense of support. In S. W. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims perceptions of social support: What is helpful and from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.

- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora J., Lawless, M. & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and practice*. 36, (5) 480-487.
- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M. & Chiman, M. L. (2001). Simply to be let in: Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 24, 375-388.
- Davidson, L. & Strauss, J.S. (1995). Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health and recovery. *Psychiatry*. 58, (1), 44-55.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journal of the heart. *Psychiatric rehabilitation Journal*. 19, (3) 91-97.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Collecting and interpreting qualitative materials*. London: Sage.
- Derlega, V. J., Barbee, A. P., & Winstead, B.A. (1994). Friendship, Gender and Social Support. Laboratory Studies of Supportive Interactions. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support. Messages, Interactions, Relationships and Community*. Thousand Oaks: Sage.
- Duck, S. (1991). *Friends, For Life. The psychology of personal relationships*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Dufåker, M. (1993). *Discharge procedures for mentally ill people* (avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet, 1993).
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., & Wängnerud, L. (2004). *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ, och marknad*. Stockholm: Norstedts.
- Espwall, M. (2001). *Liksom vinden under fågelns vingar – om kvinnors nätverksrelationer i utsatta livssituationer* (avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet, 2001).
- Finch, J., & Mason, J. (1993). *Negotiating family responsibilities*. London: Routledge.
- Fitzsimons, S., & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health*. 11, (5) 481-499.

- Forsberg, K-A. (2009). *Att främja förändrad livsstil bland personer med psykiskt funktionshinder. Studier av metabola och psykologiska effekter, upplevd mening och hälsa* (avhandling för doktorsexamen Umeå universitet, 2009).
- Foucault, M. (2003). *Övervakning och straff*. (C. G. Bjurström övers.) Lund: Arkiv förlag. (Originalarbete publicerat 1975).
- Fyrand, L. (1998). *Sosialt nettverk. Teori och praksis*. Otta: Tano.
- Goffman, E. (2005). *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. (R. Matz övers.) Stockholm: Norstedts. (Originalarbete publicerat 1963).
- Goldsmith, D. (1992). Managing Conflicting Goals in Supportive Interaction. An integrative Theoretical Framework. *Communication Research*. 19, (2), 264-286.
- Goldsmith, D., & Parks, M. (1990). Communicative strategies for managing the risks of seeking social support. In S. W. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.
- Goldsmith, D. J. (2004). *Communicating social support*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Grönvik, L. (2003). Att definiera människor – om olika definitioner av kategorin ”personer med funktionshinder”. I B. Lewin (Red.), *Forskarstafett kring funktionshinder och handikapp*. Uppsala universitet: centrum för handikappforskning: 2003:3.
- Hedin, U-C. (1994). *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom* (avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet, 1994).
- Hirsch, B. J. (1980). Natural Support Systems and Coping with Major Life Changes. *American Journal of Community Psychology*. 8, (2) 159-171.
- Hoffman, H., Kupper, Z., & Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 43, 147-158.
- Holme Magne, I., & Solvang Krohn, B. (1991). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

- Holmes, J. G., & Rempel, J. K. (1989). Trust in close relationship. In C. Hendrick (Ed.), *Close relationship*. Newbury Park: Wesley.
- Homan, R. (1992). The ethics of open methods. *British Journal of Sociology*. 43, (3), 321-332.
- Hydén, M. (2000). Forskningsintervjun som relationell praktik. I H. Haavind (Red.), *Kön och tolkning – metodiska möjligheter i kvalitativ forskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 23, (4), 333-341.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*. 52, (4), 482-485.
- Jensen, P. (Red.). (2004). *Recovery på dansk. At overvinde psykosociale handicap*. Århus: Systime Academic.
- Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp*. Århus: Akademisk forlag.
- Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I G. Hallerstedt (Red.), *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Karlsson L. B. (2007). *Berättelser om inre röster – ett fenomenologiskt och kommunikativt perspektiv* (avhandling för doktorsexamen, Stockholms universitet).
- Karlsson, M. (2008). *Arbetsinriktad rehabilitering vid psykiska funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Kiecolt-Glaser J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*. 127, 472-503.
- Knapp, M. L., Stohl, C., & Reardon, K. K. (1981). "Memorable" Messages. *Journal of Communication*. 31, (4), 27-41.
- Komter, A. E. (1996). Reciprocity as a Principle of Exclusion: Giftgiving in the Netherlands. *Sociology*. 30, 299-316.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- La Gaipa, J. J. (1990). The negative effects of informal support systems. In S. W. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.

- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).
- Larsson, P-O. (2006). *Arbetsplatskultur, socialt stöd och arbetets mening. Anställning med lönebidrag och daglig verksamhet för personer med intellektuella arbetshandikapp* (Licentiatuppsats Göteborgs universitet).
- Leatham, G., & Duck, S. W. (1990). Conversation with friends and the dynamics of social support. In S. W. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.
- Leete, E. (1989). How I Percieve and Manage My Illness. *Schizofrenia Bulletin*. 15, (2), 197-200.
- Lehman, D. R., Ellard, J. H., & Wortman, C. B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients and providers perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54, 438-446.
- Leufstadius, C. (2008). *Spending my time – timeuse and meaningsfullness in daily occupations as perceived by people with persistent mental illness* (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet, 2008).
- Levinsson, H. (2008). *Autonomy and Metacognition – A Healthcare Perspective* (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet, 2008).
- Lovejoy, M. (1982). Expectation and the Recovery Process. *Schizofrenia Bulletin*. 8, (4), 605-609.
- Magnusson, A-S. (2010). *Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006* (avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet, 2010).
- Mauss, M. (1972). *Gåvan*. Uppsala: Argos.
- Mead, G-H. (1976) *Medvetandet, jaget och samhället från socialbehavioristisk ståndpunkt*. (P. Arvidson övers.) Lund: Argos Förlag AB. (Originalarbete publicerat 1934).
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery mean to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*. 36, (3), 315-328.
- Meeuwisse, A. (1997). *Vänskap och organisering. En studie av Fountain House rörelsen*. (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet, 1997).
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage.

- Miller, K., & Berlin Ray, E. (1994). Beyond the Ties That Bind: Exploring the "Meaning" of Supportive Messages and Relationships. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support. Messages, Interactions, Relationships and Community*. Thousand Oaks: Sage.
- Moss, G. E. (1973). *Illness, immunity, and social interaction. The dynamics of biosocial resonation*. New York: Wiley.
- Nyström, M. (1999). *Allvarligt psykiskt störda människors vardagliga tillvaro* (avhandling för doktorexamen Göteborgs universitet, 1999).
- Olofsson, B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patient, nurses and physicians* (avhandling för doktorexamen, Umeå universitet, 2000).
- Ohlander, A-S. (2003). Varför inte fråga dem själva. Etiska reflektioner kring deltagande observationer. I A. Meeuwisse & H. Swärd (Red.), *Den o censurerade verkligheten*. Stockholm: Carlsson.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2002). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Padgett, D. K. (1998). *Qualitative Methods in Social Work Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Pejlert, A. (2000). *Leading a life with meaning and dignity in spite of suffering from long-term schizofrenia* (avhandling för doktorexamen, Umeå universitet, 2000).
- Regeringens proposition 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen.*
- Reissman, C. (1997). Berätta, transkribera, analysera. I L-C. Hydén & M. Hydén (Red.), *Att studera berättelser*. Stockholm: Liber.
- Repper, J., & Perkins, R. (2008). *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall.
- Ridgway, P. (2001). Re-storying Psychiatric Disability: Learning From First Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 24, (4), 335-343.
- Roberto, K. A. (1989). Exchange and Equity in Friendships. In R. G. Adams & R. Blieszner (Eds.), *Older adult Friendship. Structure and Process*. Newbury Park: Sage.

- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Rook, K. S. (1989). Strains in older adults friendships. In R. G. Adams & R. Blieszner (Eds.), *Older adult friendships: Structures and processes*. Newbury Park: Sage.
- Rook, K. S. (1990). Parallels in the study of social support and social strain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, (1), 118-132.
- Rook, K. S. (2009). Gaps in social support resources in later life: An adaption challenge in need of further research. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, (1), 103-112.
- Roe, D., & Chopra, M. (2003). Beyond coping with mental illness: toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, (3), 334-344.
- Rosenberg, D. (2009). *Psychiatric disability in the community: Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era* (avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet, 2009).
- Rosenberg, D., & Lindqvist, R. (2004). Rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder – från inventering av behov till social integration. I R. Lindqvist & A. Hetzler (Red.), *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur
- Ruehlman, L. S., & Wolchik, S. A. (1988). Personal goals and interpersonal support and hindrance as factors in psychological distress and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 293-301.
- Rönmark, L. (1999). *Fallna löv. Om coping vid förlust av små barn* (avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet, 1999).
- Samter, W. (1994). Unsupportive Relationships Deficiencies in the Support-giving Skills of the Lonely Persons Friends. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support. Messages, Interactions, Relationships and Community*. Thousand Oaks: Sage.
- Sarafino, E. (1994). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2009). Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, (1), 113-120.

- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1994). Social support: Global and relationship-based levels of analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*. 11, 295-312.
- Schön, U-K. (2009). *Kvinnor och mäns återhämtning från psykisk ohälsa* (avhandling för doktorsexamen, Stockholms universitet, 2009).
- Silver, R. C., Wortman, C. B. & Crofton, C. (1990). The Role of Coping in Support Provision: The Self-presentational Dilemma of Victims of Life Crises. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support An Interactional View*. New York: John Wiley.
- Skårner, A. (2001). *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk* (avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet, 2001).
- Socialtjänstlagen. (2001:453).
- Socialstyrelsen. (1998). *Utvärdering av psykiatrireformen*. Årsrapport 1998:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (1999). *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2003). *Handikappomsorg 2002 Lägesrapport*. Uppsala: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen* *Termbanken* 2010-02-09
<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>
- Socialstyrelsen. (2010). *Alltjämt ojämlikt! – Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättningar*.
- SOU 1991:46. *Handikapp, välfärd och rättvisa*. Betänkande av 1989 års Handikapputredning. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 2001:56. *Funktionshinder och välfärd*. Betänkande av Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar*. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., & Anthony, W.A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 14, 327-336.
- Steinholtz Ekecrantz, L. (1995). *Patienternas psykiatri – en studie av institutionella erfarenheter* (avhandling för doktorsexamen, Linköpings universitet, 1995).
- Thorsén, H. (1992). *Omvårdnadsmodeller Människosyn Etik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Topor, A. (2001). *Managing the Contradictions – Recovery from Severe Mental Disorders* (avhandling för doktorsexamen, Stockholms universitet, 2001).
- Topor, A. (2005). Återhämtning. I L-C. Hydén (Red.), *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.
- Topor, A. (2008a). En annan professionalitet. I A. Topor & M. Borg (Red.), *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur.
- Topor, A. (2008b). Tid och arenor som botar. I A. Topor & M. Borg (Red.), *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur.
- Topor, A. & Borg, M. (2008). Introduktion. I A. Topor & M. Borg (Red.), *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur.
- Uehara, E. S. (1995). Reciprocity reconsidered: Gouldner's moral norm of reciprocity and social support. *Journal of Social and Personal Relationships*. 12, (4), 483-502.
- Vangelisti, A. L. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*. 26, (1), 39-51.
- Vaux, A. (1988). *Social support – Theory, research and intervention*. New York: Preager.
- Velpry, L. (2008). The patient's view: Issues of theory and practice. *Culture Medicine and Psychiatry*. 32, (2), 238-258.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and Self-Esteem of Persons in Recovery from Mental Illness: the Role of Peer Support. *International Journal of Social Psychiatry*. 54, (3), 206-218.
- Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. In B. H. Gottlieb (Eds.) *Social networks and Social Support*. Beverly Hills: Sage.
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

- Wilken, J. P., & den Hollander, D. (2008). *Rehabilitering og recovery. En integreret tilgang*. København: Akademisk Forlag.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring Recovery from the Perspective of people with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 22, (3), 219-231.

BILAGOR

Bilaga 1

Intervjupersoner sökes

Jag heter Maria Klamas och är doktorand i socialt arbete vid Göteborgs universitet. Under många år har jag arbetat inom olika verksamheter för människor med psykiska svårigheter. Min erfarenhet är att man sällan frågade individerna själva hur de ville ha det och att man hade ett antal insatser att erbjuda men att det inte fanns så stor möjlighet att vara flexibel utifrån varje individ. Det är detta som ligger till grund för mitt intresse att forska i ämnet. Det är idag brist på kunskap om människor med psykiska svårigheter och hur de hanterar sin vardag. Det man vet är bland annat att denna grupp har sämre livsvillkor än andra människor i samhället. Man vet också att om man ska kunna förändra människors livssituation måste man i högre utsträckning fråga personerna själva och lyssna på deras erfarenheter och upplevelser. Att ha psykiska svårigheter påverkar de flesta områdena i vardagslivet, därför är kunskap om deras vardag viktigt. Jag vill skriva en avhandling om människor med psykiska svårigheter och hur deras vardag ser ut. Därför behöver jag komma i kontakt med ca 10 personer som kan berätta för mig om sin vardag utifrån sina egna erfarenheter. Intervjuerna kommer att vara i samtalsform, kanske blir det 1-3 intervjuer med varje person. Att delta i studien är frivilligt, Du kan avbryta när Du vill och utan att ange något skäl. Dina berättelser kommer att hanteras konfidentiellt. Avrapporteringen av resultatet kommer att ske i form av en avhandling som beräknas vara färdig år 2008. Om Du är intresserad av att delta var vänlig kontakta mig på nedanstående telefonnummer eller via e-post.

Maria Klamas

Om Du har andra frågor gällande studien kan Du kontakta;

Min handledare Ulla-Carin Hedin, docent i socialt arbete

Vårdalinstitutet – plattformsledare Annika Dahlgren Sandberg

Bilaga 2

Intervjutillfälle 1

Allmänna bakgrundsfrågor

- Varför har Du valt att delta i studien?
- Kön, ålder, civilstånd

Vardag

- Vad är vardag för dig? Vad är inte vardag
- Struktur - rutiner
- Beskriv din vardag (en dag, en vecka) Hur skiljer sig dagarna åt?
- Vad får dig att må bra?
- Vad är betydelsefullt för en fungerande vardag?
- Vad är ett gott liv? (livskvalitet, livsvillkor)
- Vad är det som gör att det kan vara svårt att få vardagen att fungera? Vilka svårigheter kan du stöta på? Hur hanterar du det?
- Det som inte är bra, det som inte fungerar, hur förändra?
- Hur tycker du att vardagen ska se ut?
- Hur vill du ha din vardag? Hur uppnå, vad hindrar vad underlättar?
- Hur tror du att andra uppfattar ditt sätt att hantera din vardag? Vad tänker du om det?

Aktiviteter – (vad) och Arenor (var)

- Vad gör du? Var, i vilka miljöer/arenor?
- Att göra ingenting, vad är det? Vad medför det? Vilket värde har det, vilken mening?
- Kan och gör du det du önskar/måste/behöver?
- Varför – vad ger det dig? (vilken betydelse har det?)
- Vad avstår du från att göra?
- Vad skulle du vilja göra som du inte gör idag?
- Vad hindrar dig?
- Vad skulle behövas för att du skulle kunna göra det du vill?

Relationer och interaktioner (med vem/vilka och hur)

- Relatera till ovanstående område om aktiviteter och arenor
- Vilka umgås du med? Vad har ni gemensamt?
- Vilka väljer du bort, vilka situationer väljer du bort?
- Hur många känner du som har samma intressen som du?
- Hur många som du känner träffar eller samtalar du med under en vanlig vecka, vilka är de, vad gör ni och vad tillför det dig, vad betyder det?
- Någon du kan anförtro dig åt?
- Familj, vänner, bekanta, professionella, övriga
- Hur tycker du att du bemöts? Vilken förståelse tycker du finns?
- Krav och förväntningar på andra?
- Handlingsmöjligheter (kontroll över ditt liv, förmåga, förutsättningar, utrymme för handling)
- Krav och förväntningar från andra?
- Delaktighet

Stöd

- Vad fungerar bra? Vad är ok, mindre bra men acceptabelt?
- Vad går att påverka/förändra och i så fall hur?
- I vilka situationer behövs stöd?
- Hur får Du dagen att fungera? (hur hanterar du svårigheter som uppkommer?) (strategier)
- Vilket stöd vill du ha, vilket stöd får du, vilket stöd ger du?
- Vilket stöd vill du inte ha, varför? Ge gärna exempel
- Är det ok att be om hjälp? Hur känns det att be om hjälp? Vad skulle få dig att avstå från att be om hjälp?
- Vad saknar du? Vilka är hindren?
- Vad är stödjande? Vem/vad ”hjälper” (Exempel på situationer)
- Hur går Du tillväga för att få/ge stöd?
- Hur får Du tillgång till stöd, vad krävs?
- Vad innebär det att behöva stöd, att inte få stöd, att ge stöd, att inte kunna ge stöd?

- Informellt/formellt stöd (Hur bemöts dina behov av stöd?) Hur ska man förmedla stöd?
- Vilken betydelse ges det stöd du har – det du har haft (positivt, negativt, av godo, av ondo)

Psykiska funktionshinder

- Hur tänker du kring begreppet psykiskt funktionshinder?
- Vem definierar det?
- Vad tänker du om det?
- Finns det andra begrepp, vilka och hur används de?
- Anser Du att du har ett psykiskt funktionshinder? Varför/varför inte?
- Hur påverkas ditt dagliga liv av dina psykiska svårigheter?
- Vad består dina psykiska svårigheter i?
- Konsekvenser (möjligheter och begränsningar) för dig som person, din vardag, din omgivning?
- Har dina psykiska svårigheter påverkat dina relationer med andra? Hur?
- Hur hanterar du dessa situationer?

...Framtid

- Delaktighet i samhället?
- Hur tänker du dig din framtid? (önskan om något annat?, vad ligger bakom den önskan?)
- Vad är målet? Din vision, din önskan?
- Var kommer kraft och motivation från, drivkraft, engagemang?

Bilaga 3

Intervjutillfälle 2

Vad är betydelsefullt för att få vardagen att fungera

- Vilka betydelsefulla personer finns omkring dig
- Varför är de betydelsefulla, och på vilket sätt?

Rita in personer och annat som har betydelse i livet. Du behöver inte ha vare sig regelbunden eller direktkontakt med personerna de kan vara betydelsefulla ändå. Du kan gå utanför de inritade tårtbitarna om du känner att du vill/behöver. Du kan också komplettera med nya fält. Vid behov ange förslag på vad som kan finnas under rubrikerna ”personer” och ”annat”. Personer: familj, släkt, vänner, bekanta, arbetskamrater, grannar, professionella, mentorer, idoler, förebilder. Annat: Bok, film, djur, intressen, kurs, bostad, stuga, båt etc.

Följdfrågor på varje inritat ”item

- Berätta om, varför betydelsefullt?
- Hur ser relationen ut er emellan? Hur och när kom X in i ditt liv?
- På vilket sätt betydelsefullt i relation till dina psykiska svårigheter?
- Vad förväntar du dig av X? Vad kan X förvänta sig från dig? Vad ger du, vad får du? Utbytet?
- Förväntningar/känslor på och kring stöd som uteblir
- Vad hindrar?

Avsluta med...

- Finns det några som hänger ihop? I så fall på vilket sätt?
- Några för sig själv? I så fall vad kan det komma sig?

Bilaga 4

Intervjutillfälle 3

- Berätta om dina psykiska svårigheter. Be om exempel relaterade till situationer, aktiviteter och personer.
- Finns det speciella hinder som gör det svårt att komma vidare i livet?
- Hur gör du för att hantera svårigheter och hinder?
- Finns det situationer som du tidigare har tyckt var svåra men som du idag hanterar bättre än tidigare? Berätta.
- Vad har du för stöd i dag? (täck in olika former av stöd)
- Finns det någon form av stöd eller hjälp som du saknar?
- Har du stöd/hjälp i dag som du egentligen inte vill ha, i så fall varför?
- Hur ser du på framtiden? Vad har du för drömmar och önskemål? Vad skulle du behöva för att uppnå dessa?

Exempel på specifik del till intervju tre – Ditte

- Att vara ensam
- Att vara tillsammans med andra
- Aktiveras
- Krav från omgivningen
- Vara vanlig, vara som andra, en mask
- Glädjeämnen
- Att behövas
- Ömsesidighet
- Glömma sig själv, få andra tankar om livet
- Lika värde