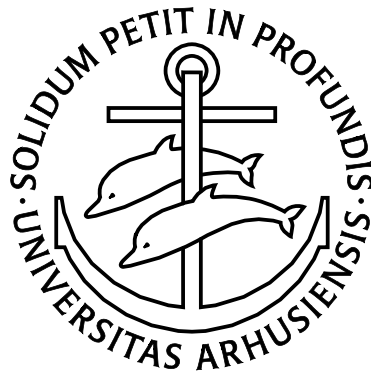


Kandidatspeciale



**Interaktionsdetermineret retningsvalg:
en undersøgelse af sociale processer relateret
til recovery af svær psykisk sygdom**

af

Anna Kristine Waldemar Madsen

Navn: Anna K.W. Madsen
Modul: Kandidatspeciale
Måned og år: Juni 2012
Vejleder: Hanne Konradsen
Anslag: 119.159

Interaktionsdetermineret retningsvalg: en undersøgelse af sociale processer relateret til recovery af svær psykisk sygdom

af

Anna Kristine Waldemar Madsen

Sektion for Sygepleje
Institut for Folkesundhed
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Aarhus Universitet
Høgh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Resumé

Baggrund: Begrebet recovery, har vundet større indpas i det psykiatriske regi og der stiles efter, at den psykiatriske sygepleje og behandling baseres på en recoveryorienteret tankegang. Recovery synes imidlertid, at være en yderst kompleks proces, og der er fortsat behov for udvikling af viden indenfor området. **Formål:** Formålet med dette speciale var derfor, at generere viden om sociale processer, som relaterer sig til recovery af svær psykisk sygdom.

Metode: Metoden var grounded theory, inspireret af Strauss og Corbins forslag til analyseprocedurer. 19 patient-fortællinger, om menneskers oplevelser af deres egen recovery, udgjorde det grundlæggende empiriske datamateriale.

Resultater: Den genererede teori indikerer og forklarer bestemte sammenhængende sociale processer, som finder sted ved recovery af svær psykisk sygdom. Disse udgøres af kategorierne *standing at crossroads*, *taking action*, *changing perspectives*, samt kernekategorien *interaction determined direction choosing*. Teorien diskuteres ud fra andre forskningsresultater på området, og der gives enkelte forslag til et recoveryorienteret udgangspunkt for psykiatrisk sygepleje.

Abstract

Title: Interaction determined direction choosing: a study of social processes related to recovery from severe mental illness

Background: The concept of recovery, has won more and more attention in the psychiatric field, and there is now focus on making psychiatric nursing and treatment based on a recovery-oriented thinking. However, recovery seems to be an extremely complex proces, and there is a continued need for the development of knowledge in the field. **Aim:** The aim of this master's thesis was, therefore, to generate knowledge about social processes related to recovery from severe mental illness. **Method:** The method was grounded theory, inspired by Strauss and Corbins proposals for analytical procedures. 19 patient stories about people's experience of their own recovery, constituted the basic emirical data material. **Results:** The generated theory indicates and explains certain cohesive social processes that take place, in recovery from severe mental illness, constituted by the categories *standing at crossroads*, *taking action*, *changing perspectives* and the core category *interaction determined direction choosing*. The theory is discussed from other research results in this area, and proposals to a recovery-oriented basis for psychiatric nursing are mentioned.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
2. Indledende litteratursøgning	5
3. Baggrund	5
3.1 Definition & betydning	6
3.2 Forskning i recoveryprocessen	8
3.3 Afgrænsning og formål.....	9
4. Problemformulering	10
5. Specialets opbygning	10
6. Metodologi	11
6.1 Grounded theory	12
6.2 Pragmatisme.....	13
6.3 Symbolsk interaktionisme	13
7. Metode	15
7.1 Empiri	15
7.3 Etiske overvejelser	17
7.4 Grounded theory	17
7.4.1 Åben kodning	19
7.4.2 Aksial kodning.....	20
7.4.3 Selektiv kodning.....	21
7.4.4 Teoretisk sampling	22
8. Analyse	23
8.1 Åben kodning	23
8.2 Aksial kodning.....	24
8.3 Selektiv kodning.....	26
8.4 Teoretisk sampling.....	27
9. Resultater	28
9.1 Den genererede teori.....	28
9.1.1 Standing at crossroads	30
9.1.2 Interaction determined direction choosing	32
9.1.3 Taking action	35
9.1.4 Changing perspectives	37
10. Diskussion	39
10.1 Litteratursøgning	39
10.1.1 Litteraturgennemgang.....	43
10.2 Resultater.....	44
10.3 Metodologi og metode.....	49
11. Konklusion	54
12. Perspektivering	55
13. Litteraturliste	57

1. Indledning

Begrebet recovery, har gennem de seneste år vundet større og større indpas i psykiatriske sammenhænge og har på mange måder udfordret den gængse praksis indenfor det psykiatriske regi i Danmark, siden år 2000 (Wilken & Hollander, 2008). Fra at være et begreb, som hovedsagligt blev anvendt indenfor brugerbevægelser, har det fået en betydelig indflydelse på måden, hvorpå man i dag ønsker, at tilrettelægge rehabiliterende indsatser overfor mennesker med psykisk sygdom (Eplov et al., 2010). Recovery og rehabilitering er begreber, som anses for at være tæt sammenhængende. Hvor recovery kan beskrives som den subjektive proces, mennesker med psykisk sygdom gennemgår, kan rehabilitering forstås som de indsatser som tilbydes og tilrettelægges, med henblik på at støtte denne proces. Rehabilitering og behandling er, traditionelt set, blevet betragtet som to separate indsatser. Men på baggrund af erfaringer for, at rehabiliterende indsatser har størst effekt, såfremt der sættes ind så tidligt som muligt, anser man i dag behandling og rehabilitering som to størrelser der må integreres (Eplov et al., 2010). I forlængelse heraf sættes der i dag et øget fokus på, at behandlingspsykiatrien tilrettelægger sygeplejepraksissen og det behandlingsmæssige tiltag, ud fra en recoveryorienteret tankegang (Eplov et al., 2005).

Recovery begrebet og hvad dette indbefatter, er stadig under udvikling og udforskning og indførelsen af tankegangen i den psykiatriske behandling, er stadig kun i sin spæde begyndelse. Der er fortsat mange eksempler på diskrepanser mellem den aktuelle psykiatriske behandlings- og sygeplejepraksis og recoverytankegangen, såsom tendenser til endnu, at arbejde ud fra kortsigtede behandlingsforløb, eller langsigtede vedligeholdelses perspektiver (Jensen et al., 2004; Ridgway, 2001) Der er således et stort udviklingsarbejde i at skabe en recoveryorienteret praksis i det psykiatriske regi. For at sikre, at udviklingen af disse indsatser forankres i evidensbaseret viden omkring recovery, argumenteres der for et fortsat behov for udvikling af viden om emnet (Eplov et al., 2010).

Som psykiatrisk sygeplejerske med erfaring indenfor behandlingspsykiatrien, er mit ønske med dette speciale, at sætte fokus på recovery af psykisk sygdom. Hensigten er, at udvikle viden, som kan danne grundlag for en recoveryorienteret sygeplejepraksis.

2. Indledende litteratursøgning

For at sikre, at specialets valgte problemformulering tog udgangspunkt i en videnskabelig kontekst, blev en indledende litteratursøgning foretaget i de videnskabelige databaser PsycINFO, CINAHL og The Cochrane Library (Willman, Stoltz, & Bathsevani, 2007). Inklusionskriterier var peer reviewed forskningsartikler, udgivet ikke tidligere end år 2000 med aldersgruppe +18 år. Artiklerne skulle have fokus på recovery som begreb, historisk eller definitions-mæssigt, eller på hvad der karakteriserer recovery af svær psykisk sygdom. Eksklusionskriterier var artikler med baggrund i undersøgelser, foretaget i ikke-vestlige lande eller lande, som ikke har vestlig-lignende kultur.

Søgningen blev foretaget i to bloksøgninger (Buus et al., 2008). Den første relateret til svær psykisk sygdom med søgeordene: *severe mental illness* OR *severe mental disorder* OR *severe mental disease*. Den anden relateret til recovery med søgeordene: *recover** OR *recovery** OR *recovery proces**. De to bloksøgninger blev efterfølgende kombineret.

Den kombinerede søgning gav følgende hits: **PsycINFO**: 46, **CINAHL**: 47, **The Cochrane Library**: 37. I alt: 130 hits. Heraf blev 112 artikler ekskluderet ved læsning af overskrift, 18 abstracts blev gennemlæst og af disse blev 6 artikler inkluderet.

I forlængelse af den videnskabelige litteratursøgning blev viden om recovery, som overordnet begreb og som proces, søgt i Google, Google Scholar, Bibliotek.dk samt referencesøgninger. I denne forbindelse blev relevante fagbøger om emnet fundet og inkluderet som data til baggrundsviden.

3. Baggrund

Udgangspunktet for overhovedet at tale om recovery er, at mennesker kommer sig. Svære psykiske sygdomme, såsom skizofreni, er længe blevet betragtet som kroniske tilstande. Imidlertid har flere omfattende forløbsundersøgelser gennem tiden vist, at op til en tredjedel af mennesker med en alvorlig psykiatrisk diagnose kommer sig helt over sygdommen - dvs. har ingen symptomer og modtager ingen behandling eller støtte (Jensen et al., 2004; Topor, 2003; Wilken & Hollander, 2008; Warner, 2004). Herudover viser samme undersøgelser, at yderligere en tredjedel lever godt med kun begrænset behov for støtte (Warner, 2004; Wilken & Hollander, 2008). Disse resultater

står i klar kontrast til den dominerende opfattelse af svær psykisk sygdom i det 20. århundrede, som kronisk og livslang samt den medicinske verdens tendens til at kronificere mennesker med psykisk sygdom (Jensen et al., 2004; Eplov et al., 2005). Recovery begrebet kan føres tilbage til USA i 1970'erne, da en ny selvhjælpsideologi vandt mere og mere frem. Bevægelsen blev influeret af flere forskellige faktorer, eksempelvis menneskerettigheds-bevægelsen og et ønske om at reducere stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom (Wilken & Hollander, 2008; Eplov et al., 2005). Begrebet blev i stigende grad brugt op igennem 1990'erne og har været bredt diskuteret indenfor det psykiatriske regi i de seneste to årtier (Onken et al., 2007). I maj 2001 vedtog Folketinget i Danmark en opfordring til regeringen om, at der i 2002 skulle tages initiativ til forsøg, hvor recoveryperspektivet blev sat i centrum. Der er nu en tiltagende opmærksom omkring begrebet i psykiatriske sammenhænge (Eplov et al., 2005, Eplov et al. 2010).

3.1 Definition & betydning

Verbet "to recover" har mange betydninger, og oversættes på dansk til blandt andet at genoprette, at redde og at genvinde. Recovery kan være relateret til økonomisk genrejsning, at genvinde ejendom eller at komme sig efter sygdom (Wilken & Hollander, 2008). Indenfor den psykiatriske anvendelse og forståelse af begrebet findes der ikke en entydig definition på begrebet, men flere varierende beskrivelser, som udspringer af forskellige opfattelser og retninger. Herunder betragtes recovery som en vision, en proces eller et målbart outcome (Jensen et al., 2004; Onken, et al., 2007). I forståelsen af recovery må man forholde sig til de forskellige kilder, som begrebet stammer fra. Recoverytænkningen er gennem de seneste 30 år vokset frem ad flere, indbyrdes meget forskellige spor. Herunder forskernes i form af forløbsundersøgelser og psykologisk fordybelse i recoveryprocessen. De sundhedsprofessionelles i form af rehabiliteringsprogrammer og behandlingsmetoder, samt patienter og pårørendes i form af personlige beretninger og selvhjælpsinitiativer (Jensen et al., 2004). Begrebet har overordnet set to forskellige tilgange: den kliniske objektive og den individuelle subjektive:

Kliniske objektive, generaliserende tilgange: En absolut definition indenfor denne tilgang, vil være at recovery defineres ud fra symptomer og behandling. Her bruges

termerne fuldstændig og social recovery. Fuldstændig recovery defineres, som fravær af psykotiske symptomer og en tilbagevenden til tidligere funktionsniveau, mens social recovery defineres som en økonomisk og boligmæssig uafhængighed og lav grad af social forstyrrelse, på trods af at personen godt kan have visse symptomer. Den klinisk objektive tilgang har især behandlingspsykiatrien taget til sig (Epløv et al., 2010).

Individuelle, subjektive tilgange: Denne tilgang forholder sig til recovery, som et processuelt begreb og udspringer fra brugerorganisationer. Her betragtes recovery som noget der kan stå på hele livet igennem og handler især om at opnå kontrol over sit eget liv, selvbestemmelse og inklusion i samfundet. Der lægges vægt på at mennesker med psykisk sygdom, har ret til en så normal tilværelse som muligt, ikke kun efter de er kommet sig, men også under sygdommen og dermed kan recovery også opnås uden at patienten er symptomfri (Epløv et al., 2010).

Recovery bruges hovedsagligt som et procesbegreb, som beskriver et menneskets vej til at leve et tilfredsstillende liv. Men begrebet beskrives også ofte som et resultat, og i den forstand som et mål der skal nås.

I litteraturen om recovery er opfattelsen af *hvad* man kommer sig over ligeledes forskellige. Nogle teoretikere fokuserer på de udfordringer der er forbundet med selve sygdommen og symptomerne. I denne forstand er recovery defineret som en proces mod, at opnå kontrol over sygdommen og i større eller mindre grad eliminering af symptomer. Andre teoretikere fokuserer i højere grad på det omkringliggende samfunds stigmatisering af personen og konsekvenserne deraf, som den primære opgave i recoveryprocessen (Wilken & Hollander, 2008; Jensen et al., 2004). Der findes altså ikke en entydig forståelse eller definition af recovery som begreb. En ofte refereret definition er af forskeren William A. Anthonys, der definerer recovery, som en proces således:

”En dybt personlig, unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier, følelser og mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende liv på præget af håb og aktiv medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer udvikling af ny mening og nyt formål i ens liv.”
(William A. Anthony, Wilken & Hollander., 2008 s. 41)

Andre forslag til en definition af begrebet, forstået som en proces, er forskerne Strauss’ og Deegans definitioner:

”Recovery er en proces henimod et nyt selvbillede, et jeg som ikke er fuldstændigt underkastet sygdommen, et jeg som betyder at patienten ikke længere er fuldstændig hjælpeløs overfor sygdommen.” (John Strauss, Jensen et al., 2004 s. 23)

*”... recovery er en proces, en måde at leve, en holdning og en måde at møde hverdagens udfordringer. Det er ikke en fuldstændig lineær proces. Nogle gange er vores kurs uberegnelig og vi snubler, glider tilbage, omgrupperer og begynder igen. Det afgørende er at møde de udfordringer handicappet sætter og at genetablere en ny og værdig fuld følelse af integritet og formål, både indenfor og udover handicappets begrænsninger; håbet om at leve, arbejde og elske i et samfund som man kan give sit betydelige bidrag til.”
(Patricia Deegan, Jensen et al., 2004 s. 23)*

Liberman et al. (2002) foreslår, i forsøget på at forene forskeres, psykiatriens og brugeres syn på recovery, en definition på recovery, som en sluttilstand, der omfatter normative niveauer af socialt og funktionsmæssigt niveau, selvstændig livsform og remission, eller ikke-forstyrrende grader af psykiske symptomer. Disse kriterier omhandler opnåelse og vedligeholdelse af ovenstående, i de seneste to år af en persons liv.

Definitioner som betragter recovery som en vision, en proces og/eller et slutmål er altså meget varierende, og der er kun lavet få forsøg på, at lave en dimensional analyse, som vurderer den voksende konsensus omkring hvad recovery er, eller hvordan det skal defineres (Onken et al., 2007).

3.2 Forskning i recoveryprocessen

I flere undersøgelser beskrives recovery, som en ikke-lineær proces fra sygdommens debut til en tilstand, hvori personen ved hvordan han skal mestre sygdommen og leve et tilfredsstillende liv, eller til en tilstand af fuldstændig recovery. Processen er præget af bevægelse mellem faserne og et meget varierende tempo fra person til person.

Udviklingen synes, at være et samspil mellem psykologiske, biologiske og miljømæssige faktorer og betragtes som en kompleks proces med flere dimensioner. Det er endnu uvist hvordan samspillet mellem de forskellige faktorer og dimensioner fungerer, men det står dog klart at hver enkelt recoveryproces er mangesidig og unik (Wilken & Hollander, 2008; Roe, Yanos, & Lysaker, 2006).

Onken et al. (2007) har identificeret flere elementer i recoveryprocessen, primært relateret til personen selv. Disse elementer inkluderer håb, mening og formål i livet, selvbestemmelse, agentur og selvbevidsthed. Herudover synes interaktioner med familie, venner og sundhedsprofessionelle at være en væsentlig faktor i recoveryprocessen, som kan fremme eller hæmme personens håb, evne til at handle og opnå selvbestemmelse og skabe en mening og et formål med sit liv. Recovery kan herved faciliteres eller hæmmes gennem en dynamisk interaktion mellem komplekse, synergiske og sammenhængende faktorer. Derudover synes processen at være præget af et samspil mellem individets karakteristika og det omkringliggende miljø.

På baggrund af forskningsresultater argumenterer Pitt & Kilbride (2006) for, at recovery betyder forskellige ting, for forskellige personer og er en proces, som involverer flere faser, vendepunkter og milepæle. I denne forbindelse findes, at processen omhandler at genskabe sit selv, at genskabe sit liv og om at have håb for en bedre fremtid. Mancini et al. (2005) har undersøgt hæmmende og fremmende faktorer i processen. Her beskrives recovery, som en dynamisk proces af vækst og transformation, hvor meningsfulde aktiviteter og støttende relationer optræder som fremmende faktorer. I studiet beskrives endvidere paternalistiske holdninger, tvangsforanstaltninger og ligestyrelighed fra sundhedsprofessionelle, som hæmmende faktorer. I modsætning synes sundhedsprofessionelle, som indgår i ligeværdige samarbejdsskaber med patienter, omkring behandling og pleje, og tilrettelægger denne ud fra patientens individuelle behov, at have en positiv indflydelse på recoveryprocessen (Borg & Kristiansen, 2004). Forskningen peger således på, at recoveryprocessen er præget af adskillige faktorer, som relaterer sig til sociale omgivelser, menneskets egne karakteristika, transformation, vækst og genskabelser af selvet og livet.

3.3 Afgrænsning og formål

Da recovery tilsyneladende er en yderst individuel proces, er det umuligt at generalisere de faktorer der indgår (Wilken & Hollander, 2008). Alligevel synes det relevant at udvikle en fælles ramme, som gør sundhedsprofessionelle og brugere i stand til at forstå processen, og på den baggrund skabe grundlag for en styrkelse af en recoveryorienteret tilgang i den psykiatriske sygepleje. For at sikre en optimal praksis, vurderes det væsentligt at udviklingen af en recoveryorienteret tilgang, forankres i evidensbaseret

viden og i forlængelse heraf, ses der et fortsat behov for udvikling af viden på området (Epløv et al., 2010). Med dette udgangspunkt, var formålet med nærværende speciale, at afdække og generere viden om recovery i forbindelse med psykisk sygdom. Da psykiske sygdomme, er et omfattende felt, som indbefatter adskillige diagnosegrupper og tilhørende kriterier, har jeg afgrænset mig til at holde fokus på recovery af svær psykisk sygdom. Der findes i dag ingen faste definitioner på ”svære psykisk sygdomme”. En gennemgang af litteratur og forskning på området afslører dog, at betegnelsen i de allerfleste tilfælde, anvendes i forbindelse med sygdomme indenfor skizofrenispektret, vedvarende eller tilbagevendende psykoser, samt bipolar affektive lidelser og svære depressioner (Ridgway, 2001; Warner, 2004). For at skabe en vis begrebsmæssig afklaring, skal svær psykisk sygdom i forbindelse med dette speciale, således forstås i henhold til dette.

På baggrund af de mange definitioner og tilgange til recovery, som optræder i litteraturen, valgte jeg ikke at afgrænse mig til hverken en klinisk objektiv eller individuel subjektiv tilgang, men i stedet at være åben overfor flere begrebsmæssige forståelser.

I forlængelse af forskningsresultater, som peger på at recovery er et socialt samspil mellem individ og sociale omgivelser, synes det særdeles relevant at udforske hvilke sociale processer, der relaterer sig hertil. På baggrund heraf blev følgende problemformulering valgt, som udgangspunktet for specialets undersøgelse:

4. Problemformulering

Hvilke sociale processer relaterer sig til recovery af svær psykisk sygdom?

5. Specialets opbygning

I det næstfølgende afsnit, *metodologi*, fremstilles den metodologi, som ligger til baggrund for den undersøgelse, som udgør specialet. Heri vil den valgte undersøgelsesmetode, samt begrundelse herfor beskrives og den videnskabsteoretiske baggrund for metoden vil kort blive gennemgået. Herefter følger afsnittet *metode*, i hvilket det anvendte datasæt, som udgør undersøgelsens empiriske materiale præsenteres. I samme afsnit beskrives den udvalgte metode mere konkret og analyseprocessen, som er fulgt, beskrives specifikt trin for trin.

I følgende afsnit, *analyse*, beskrives undersøgelsens analyseproces og under afsnittet *resultater* præsenteres den teori, som er genereret i undersøgelsen. Teorien beskrives og forklares ud fra de fundne kategorier og kernekategori, samt et diagram til at illustrere teorien.

Det efterfølgende afsnit, *diskussion*, indledes med en præsentation af den strukturerede og videnskabelige litteratursøgning, som er udført med den hensigt at indsamle relevant videnskabelig litteratur, og en efterfølgende litteraturgennemgang af den fundne forskningslitteratur. Denne er indsamlet med henblik på, at diskutere specialets resultater med andre videnskabelige undersøgelser, som beskæftiger sig med samme emneområde. Dernæst følger en diskussion af resultaterne, ud fra den indsamlede videnskabelige litteratur, samt øvrig litteratur og viden på området. Desuden diskuteres den anvendte metode, empiri og analyse, i henhold til validitetskriterier samt resultaternes generaliserbarhed. I forlængelse heraf drøftes også forslag til videreudvikling af specialets teori.

Efter diskussionsafsnittet følger en *konklusion* som udarbejdes, som en samlet besvarelse af specialets problemformulering. Specialet afsluttes med afsnittet *perspektivering*, i hvilket de eventuelle muligheder og implikationer for psykiatrisk sygepleje, som specialets teori peger på, berøres.

6. Metodologi

Litteraturen beskriver recoveryprocessen, som værende kompleks og umiddelbart socialt betinget (Wilken & Hollander, 2008; Onken, Craig, & Ridgway, 2007; Topor, 2003). Med udgangspunkt i dette, samt i specialets formål, som er at afdække og generere viden om de sociale processer, som knytter sig til recovery, findes grounded theory relevant, at benytte i analysearbejdet. Denne metode beskrives som særligt velegnet til, at skildre sociale processer og interaktionistiske perspektiver, samt menneskets forventninger og respons på forskellige livsomstændigheder (Lomborg & Kirkevold, 2003; McCallin, 2003) Ligeledes er metoden velegnet til at undersøge generelle hændelsesforløb, fremfor enkelte personer. Metodens intentioner er blandt andet at undersøge ud fra et helhedsperspektiv, hvorledes komplekse processer opstår i deres naturlige miljø, samt at studere udforskede områder eller bidrage med nye perspektiver på allerede udforskede områder (Guvå & Hylander, 2005).

6.1 Grounded theory

Grounded theory er en kvalitativ forskningsmetode, som omfatter systematiske kode- og analyseteknikker. Formålet er at opdage, udvikle og verificere en teori på baggrund af empiriske data, og dermed at begrebsliggøre generelle hændelser (Guvå & Hylander, 2005). Metoden blev udviklet i 1967 af sociologerne Barney Glaser og Anselm Strauss, og kendetegnet for metoden er, at formulere en teori, eller dele til en teori, undervejs i analyseprocessen. Samt at den indbefatter en kombination af en induktiv og deduktiv metodisk strategi indenfor det kvalitative område (Boolsen, 2010; Strauss & Corbin, 1998). Metoden har sine videnskabsteoretiske rødder i amerikansk pragmatisme og symbolsk interaktionisme og har referencer til teoretikere såsom Dewey, Mead og Blumer (Lomborg, 2005; Strauss & Corbin, 1998). Den er baseret på den overbevisning, at individer i grupper definerer situationer ud fra sig selv og andre, hvorfor fælles adfærdsmønstre vil opstå. Metoden egner sig til problemstillinger som er meget åbne, såsom ”hvad handler denne tekst om?”, hen til de mere specifikke problemstillinger som ”hvad tænker patienterne om et konkret fænomen?” (Lomborg, 2005; Boolsen, 2010).

Indenfor grounded theory drejer det sig først og fremmest om, at finde frem til de sociale processer, som knytter sig til det fænomen man undersøger (Thisted, 2010). Forskeren søger at forstå forskningsfeltets handlinger, ved at afdække de basale sociale processer og det som karakteriserer dem. En styrke ved metoden er, at den lader forskningsfeltet definere hvilke områder der undersøges, ved at lade datamaterialet vise hvilke processer der forgår. Dermed er forskningsfeltet også styrende for hvilke adfærdsmønstre, undersøgelsen genererer sin teori omkring. Ligeledes tager metoden udgangspunkt i at undersøge *hvad der faktisk sker* rent praktisk, på et bestemt tidspunkt, fremfor at beskrive hvad der skal eller kan foregå (McCallin, 2003). Metoden er altså i udgangspunktet induktivt teoridannende, på baggrund af den overbevisning *at den som har skoen på, ved hvor den trykker* (Lomborg, 2005).

Forankringen i førnævnte videnskabsteoretiske retninger, amerikansk pragmatisme og symbolsk interaktionisme, har en væsentlig indflydelse på metodens udformning og anvendelsen af den, hvorfor jeg i det følgende kort vil redegøre for dem.

6.2 Pragmatisme

Amerikansk pragmatisme er blandt andet repræsenteret af filosof og forsker i det pædagogiske felt John Dewey. Der findes ikke et egentligt sæt antagelser eller idéer, som holder pragmatismen sammen som en filosofisk skole, men den videnskabelige overbevisning består i højere grad af én gennemgående holdning. Pragmatismen hævder at idéer og teorier ikke er derude og venter på at blive opdaget, men at de er redskaber, som skabes af mennesker, med det formål at mestre den verden de lever i.

Pragmatismen er altså en betragtningsmåde på et dybere plan, som sætter det at teoretisere på linje med alle andre praktiske aktiviteter (Brinkmann, 2006) og pragmatikere kritiserer de traditionelle epistemologier, for at devaluere den praktiske ”viden om hvordan”, fremfor den mere grundlæggende ”viden om at” (Gimmler, 2005). At formulere teorier er, ifølge Dewey, en praktisk handling lige såvel som det at bygge et hus. Vi er grundlæggende i verden, som aktivt handlende væsener og vi erkender kun verden og dens egenskaber gennem praksis. Teoretisk refleksion er en mere fundamental praktisk handling i verden (Brinkmann, 2006). For pragmatismen er den menneskelige erkendelse grundlæggende social, da der tages udgangspunkt i, at vi tænker og handler i sociale kontekster. Idéer er ikke individuelle eller noget privat indre. Det er først og fremmest fællesskaber og samfund der bestemmer vores aktiviteter struktur. En idé eller repræsentation er ikke sand, fordi den subjektivt kan sammenlignes med ”verden som den er”, men fordi vi som fælleskab har gavn af den i praksis. Dewey formulerer, at idéers rigtighed består i ”fællesskabets kumulative objektive antagelser og praksis, ikke i noget som findes i bevidstheden selv eller inde i organismen” (Brinkmann, 2006).

6.3 Symbolsk interaktionisme

Interaktionisme omhandler den vekselvirkning, som foregår mellem to systemer. I forbindelse med blandt andre, Meads udlægning af interaktionisme bruges begrebet om kommunikation og vekselvirkning mellem mennesker. Interaktionisterne mener, at selvbevidsthed udvikles i samspil med andre mennesker, og at vi ikke kan fokusere på det enkelte menneske og studere det isoleret. I forlængelse heraf fokuserer man blandt andet på grupper, normer, sprog, kommunikation, sociale forhold, som har betydning for vores omgang med verden (Skovlund, 2007; Blumer, 1998; Gimmler, 2005). Den

symbolske interaktionisme udspringer af interaktionismen og fokuserer især på sprogets betydning for selvbevidstheden og selvbevidsthedens afhængighed af den sociale interaktion. Ligeledes drages fokus på selve meningsaspektet i kommunikationen, samt at kommunikation mellem mennesker hovedsagligt formidles gennem tegn og sproglige symboler (Blumer, 1998).

Den symbolske interaktionisme hviler på tre grundpræmisser:

1. Mennesker handler i overensstemmelse med den mening, som tingene har for dem. Disse ting inkluderer alt, hvad individet retter sig mod i verden, såsom fysiske objekter, andre mennesker, begreber eller ord.
2. Mening opstår i den konkrete interaktion med medmennesket. Mening er ikke forankret i tingenes indre struktur, og den opstår ikke som et resultat af psykologiske elementers samspil i personen. Meningen opstår derimod ud fra de måder, hvorpå andre reagerer på personen i henhold til tingen.
3. Meningen forhandles og modificeres i en fortolkningsproces, som personen benytter sig af i mødet med tingene. Tingenes mening er altså ikke konstant, men kan ændres alt efter den konkrete situation og de sociale fortolkningsprocesser (Blumer, 1998).

Menneskers handlinger skal således forstås ud fra den sociale kontekst de forekommer i, og den sociale kontekst består af symbolske interaktioner mellem de interagerende, menneskene som udgør gruppen. I et symbolsk interaktionistisk perspektiv tager man altså afsæt i det, som sker i den sociale virkelighed som udgangspunkt for sine analyser, og ikke i generelle principper eller idéer. Menneskets subjektive erfaringer bygger på vores tidligere erfaringer og ikke på forhold, som ligger udenfor os selv, eller på statiske egenskaber ved vores personlighed. Disse erfaringer bygger på menneskers aktive fortolkning af det, som er hændt, og ikke på hændelsen i en direkte betydning. Et fænomens mening og betydning ligger således ikke i fænomenet i sig selv, men i menneskets adfærd i forhold til fænomenet (Levin & Trost, 2005; Blumer, 1998; Skovlund, 2007).

Strauss & Corbin (1998) beskriver at baggrunden i pragmatisme og social interaktionisme bidrog til at udvikle grounded theory som en metode, der kræver at man indsamler sin data der hvor ”det foregår” og dermed lader empirien vise ”hvad der foregår”. Den overbevisning som ligger i amerikansk pragmatisme og symbolsk

interaktionisme, har endvidere bidraget til metoden, idet den beskæftiger sig med den kompleksitet og variabilitet, som knytter sig til fænomener og menneskelige handlinger. Ligeledes beror den på overbevisning, at mennesker er handlere, som har en aktiv rolle i at respondere på problematiske situationer. Metoden er ydermere baseret på den overbevisning, at mennesket handler baseret på mening, samt at mening defineres og redefineres igennem social interaktion. På denne måde har grounded theory en sensitivitet og bevidsthed overfor begivenheders og processers udviklende- og udfoldende natur og omkring sammenhængende mellem omstændigheder, handlinger og konsekvenser (Strauss & Corbin, 1998). Det fænomen som forskeren, i en grounded theory undersøgelse, sætter sig for at udforske, vil hovedsagligt tilhøre eller berøre det almindelige menneskeliv. Således er udgangspunktet, at det undersøgte fænomen ikke blot viser sig for den professionelle, men også i en eller anden grad, er alment kendt og forskeren må forsøge at forstå forskningsfeltets handlinger, sådan som de selv forstår dem, ved at lære deres verden at kende (Thisted, 2010; Lomborg & Kirkevold, 2003).

7. Metode

7.1 Empiri

Grounded theory giver ingen konkrete handlingsanvisninger på, hvorledes man rent faktisk indsamler data gennem interview, deltagerobservation eller anden form for dokumentarisk materiale (Lomborg, 2005). Ifølge metoden kan alt materiale anvendes som empirisk data, såfremt det har relevans for forskningsfeltet og tager udgangspunkt i forskningsfeltets naturlige omgivelser. Et grundlæggende kriterium er dog, at dataindsamlingen foretages simultant med analysen, samt at indsamlingen styres ud fra analysens foreløbige resultater (Strauss & Corbin, 1998; Lomborg, 2005). Senere i processen kan teoretisk materiale inddrages som data, med henblik på en nuancering af de foreløbige resultater. Hermed kan også undersøgelser, forskningsartikler eller overordnede teorier, som har relevans for den genererede teori, udgøre data (Strauss & Corbin, 1998).

For at sikre at det empiriske materiale tog udgangspunkt i forskningsfeltets naturlige omgivelser, blev der lagt vægt på at finde data, som blev beskrevet af forskningsfeltet selv. Dermed måtte materialet, som blev brugt indledningsvist, bestå af erfaringer fra mennesker, som oplever at have opnået recovery efter svær psykisk sygdom.

Datasættet udgøres af 19 historier og to videnskabelige forskningsartikler. Historierne er udgivet i bogen ”At leve med stemmer”, som er en samling af erfaringer fra mennesker, som oplever at have opnået recovery af psykisk sygdom. Historierne er alle subjektive beskrivelser af sygdomsforløb og recoveryprocesser. I bogen beskrives at recovery, for deltagerne, er at fungere godt og være uafhængig i en tilværelse, som de selv har valgt (Romme & Escher, 2010). Fortællingerne er indsamlet ved, at forfatterne, gennem forbindelser til forskellige netværk af stemmehørere i England, Tyskland og Danmark, har fået kontakt til mennesker med tidligere svær psykisk sygdom. De er blevet anmodet om, at nedskrive deres erfaringer, med vægt på recoveryprocessen, med det formål at udgive dem i pågældende bog. Ydermere er de blevet interviewet med henblik på uddybelser og beskrivelserne er således en kombination af interview og fortælling (Romme & Escher, 2010).

Historierne som er inddraget i datamaterialet, er fortalt af 11 kvinder og 8 mænd. Aldersmæssigt spreder de sig fra 25 – 72 år, med en gennemsnitsalder på 42 år. Alle har haft kontakt til behandlingspsykiatrien, i form af indlæggelser eller ambulante tilknytning. Derudover har alle deltagere haft psykiatriske diagnoser som placerer sig indenfor specialets definition af svære psykiske sygdomme. De stammer fra henholdsvis: Sverige 1, Tyskland 2, Holland 6, Skotland 1, England 6 og Danmark 3 (Romme & Escher, 2010).

I det analytiske arbejde blev først 6 fortællinger udforsket. Herefter blev der draget flere fortællinger ind som empirisk materiale og således blev dataindsamlingen foretaget simultant med analysen.

For at nuancere og bidrage til de kategorier, som blev identificeret i fortællingerne, valgte jeg at søge efter forskningsartikler, som beskæftigede sig med lignende begreber. Herunder blev forskningsartiklen ”*A qualitative Analysis of Turning Points in the Recovery Proces*” inddraget som empirisk materiale. Artiklen beskriver en grounded theory undersøgelse, foretaget i USA, af 16 deltagere, som har opnået recovery efter svær psykisk sygdom, herunder skizofreni, bipolar sindslidelse, skizoaffektiv lidelse og svær depression. Artiklen beskriver vendepunkter, som deltagerne fandt særligt væsentlige i recoveryprocessen (Manicini, 2007). Ydermere blev forskningsartiklen ”*Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study*” inddraget. Undersøgelsen er kvalitativ og er udført i henholdsvis USA, Sverige, Norge og Italien og inkluderer 12 deltagere, 5 mænd og 7 kvinder i alderen 29-55 år. 9

af disse deltagere har, eller har haft diagnosen skizofreni og 3 har, eller har haft, diagnosen svære depressioner med psykose, eller paranoid psykose. I artiklen beskrives forhold, som synes væsentlige i en recoveryproces, herunder socialt netværk og dets funktion (Davidson et al., 2005).

7.3 Etiske overvejelser

I bogen ”At leve med stemmer” i hvilken de anvendte patientfortællinger er udgivet, fremgår fortællerne med navne. Disse optræder dog ikke i specialets præsentation af undersøgelsen. Trods dette henvises, i resultatpræsentationen, til citater angivet med sidetal og linjenumre, hvorfor navnene ikke kan siges at være anonymiserede. Da fortællingerne er udgivet i en bog af andre forfattere, er der fra forfatterens side søgt tilladelse, samt taget stilling til retningslinjer for personfølsomme oplysninger (Romme & Escher, 2010). Hvad angår de inkluderede videnskabelige forskningsartikler er alle deltagere i undersøgelsen anonymiserede, ligesom forskerne har taget stilling til etiske retningslinjer (Davidson et al., 2005; Manicini, 2007). Derudover indgår der ikke biologisk materiale i specialets undersøgelse. På baggrund heraf er det ikke vurderet nødvendigt, at anmelde specialet til hverken Datatilsynet eller Videnskabsetisk Komité (Videnskabsetisk Komité, 2011; Datatilsynet, 2000).

7.4 Grounded theory

Grounded theory indbefatter en kombination af en induktiv og en deduktiv metodisk strategi indenfor et kvalitativt område. Fremgangsmåden består grundlæggende i en konstant bevægelse mellem induktion og deduktion, hvormed teorien opbygges gennem en analytisk proces, i hvilken der er en stadig bevægelse mellem empiri og teori (Strauss & Corbin, 1998; Boolsen, 2010).

I en induktiv analyseproces arbejdes med data på den måde, at de anvendes som udgangspunkt for en teori. I en deduktiv proces tages der udgangspunkt i teorier, som afprøves ved opstilling af hypoteser, som testes på empirisk data. I en grounded theory analyseproces kombineres den induktive og deduktive proces, således at man som oftest starter induktivt, ved at undersøge de empiriske datas indhold og sidenhen også deduktivt, idet der ledes efter bestemte forhold i data (Boolsen, 2010).

Fundamentalt ved metoden er, at dataindsamling, dataanalyse og sampling foregår simultant (Polit & Beck, 2010; Guvå & Hylander, 2005).

Analysen i en grounded theory undersøgelse er datastyret, idet udviklingen af teori sker på basis af data, hvorved den teori der udvikles i kraft af analysen, søges grundfæstet i de indsamlede empiriske data. Ligeledes styres dataindsamlingen undervejs af den allerede udviklede teori. På denne måde søger metoden, at validere teorien ved at udvikle den fra erfaringer hentet fra det praktiske felt, hvorfor teorien kan siges, at være forankret i praksis (Thisted, 2010; Strauss & Corbin, 1998). Formålet med dette er at nå frem til en teori, der dels hviler på empirisk data, og dels kan forklare sammenhængene mellem de undersøgte sociale processer (Thisted, 2010).

Glaser & Strauss (1967) omtaler teori som en proces. Med dette menes, at forskeren ikke forventes at generere en statisk teori, men at udledte teorier altid kan videreudvikles. Den udviklede teori skal dermed ikke betragtes som et endegyldigt resultat, der er testet en gang for alle, men jo dybere og længere forskeren har undersøgt det pågældende fænomen, jo større er chancen for, at resultatet i form af en grundfæstet teori kan holde.

Siden Glaser og Strauss udviklede grounded theory i 1967, skiltes de og udarbejdede to forskellige skoler indenfor metoden. Glaser alene og Strauss i samarbejde med Juliet Corbin. Glaser anses for at repræsentere den oprindelige version af grounded theory, som ligger sig op ad en postpositivistisk anskuelse, mens Strauss, sammen med Corbin, anses for at repræsentere en videreudvikling af metoden, som ligger tættere på et konstruktivistisk standpunkt. Disse standpunkter omhandler et ontologisk og epistemologisk spørgsmål, om hvorvidt virkeligheden eksisterer og, trods sin kompleksitet, kan findes og studeres, hvilket et postpositivistisk synspunkt vil antage. Eller om virkeligheden er konstrueret af mennesket og derfor ikke findes i én form, men i lige så mange former, som der findes mennesker, hvilket et konstruktivistisk standpunkt vil påstå. Guvå & Hylander (2005) sætter imidlertid spørgsmålstejn ved denne opdeling og metoden er da også blevet placeret i både positivistiske, postpositivistiske, fænomenologiske og konstruktivistiske paradigmer og er i praksis blevet anvendt i mange former og forsvaret ud fra mange synspunkter.

I nærværende speciale har jeg valgt, at lade mig inspirere af Strauss og Corbins beskrivelser og forslag til analyseprocedurer. Strauss & Corbin (1998) beskriver en systematisk model for, hvorledes data skal tolkes ud fra en kausal betingelsesmatrix,

som bygger på den antagelse, at alle fænomener opstår under bestemte betingelser, og at disse betingelser bør anskueliggøres.

Metoden består af forskellige faser, og kan beskrives som en cirkulær spirallignende proces, i hvilken de forskellige faser er i uafbrudt vekselvirkning med hinanden. Strauss og Corbin foreslår tre grundlæggende analysetrin, som omfatter forskellige former for kodning af data. Det er vigtigt at bemærke sig, at disse forskellige analysetrin ikke nødvendigvis følges sekventielt, men at man kan springe imellem dem (Guvå & Hylander, 2005; Strauss & Corbin, 1998). Det anbefales dog at indlede analyseprocessen med en åben kodning. De tre trin beskrives i de følgende afsnit. Yderligere følger et fjerde afsnit, som beskriver et vigtigt led i grounded theory, hvilket er den teoretiske sampling. Denne udføres løbende igennem undersøgelsen. Gennem hele analyseprocessen skrives endvidere det, som Strauss og Corbin kalder memoer. Memoer er forskerens tanker og spørgsmål, som opstår undervejs i kodningen af datamaterialet og fungerer som forskerens analytiske overvejelser, som kan anvendes senere i processen. Komparation eller sammenlignende analyse foregår kontinuerligt gennem processen. Dette betyder at forskeren hele tiden sammenligner koder, koncepter og kategorier med henblik på at gruppere disse. Ligeledes betyder det at forskeren kontinuerligt går tilbage til det empiriske materiale og sammenligner disse med de kategorier og den efterhånden fremvoksende teori (Strauss & Corbin, 1998).

7.4.1 Åben kodning

Første trin i teorigenereringen består af konceptualisering. Et koncept er et navngivet fænomen og en abstrakt repræsentation af en begivenhed, et objekt, en handling eller en interaktion, som forskeren identificerer i datamaterialet, som værende signifikante for forskningsfeltet. Konceptualiseringen betragtes af Strauss og Corbin, som en kunst der indebærer en vis grad af kreativitet, og formålet bag er, at lade forskeren gruppere lignende hændelser eller handlinger fundet i datamaterialet under fælles betegnelser (Strauss & Corbin, 1998).

Ved den åbne kodning præciseres, hvad materialet handler om. I denne fase identificerer forskeren de fremtrædende elementer i tekstmaterialet, og knytter de overordnede koncepter til dem. De fundne centrale koncepter samles således i kategorier. Rent praktisk foregår den åbne kodning, ved gennemlæsninger af materialet og en

efterfølgende kodning af materialet linje for linje, i sætninger eller i passager. Når koncepter og kategorier, som vil udgøre teoriens grundlæggende byggeklodser, er fundet, udvikles kategorierne i forlængelse af deres egenskaber og dimensioner, som de fremtræder i datamaterialet. Egenskaber knytter sig til de generelle eller specifikke karakteristika eller kendetegn, som præger kategorien. Dimensioner omfatter den spændvidde, i hvilken egenskaber af en specifik kategori varierer. Herved præciseres kategorierne og differentieres fra hinanden (Strauss & Corbin, 1998).

Til kategorierne hører også underkategorier. Disse specificerer de overordnede kategorier, ved at betegne data såsom hvor, hvorfor eller hvordan pågældende fænomen kan opstå. Underkategorierne har, ligesom kategorierne, egenskaber og dimensioner (Strauss & Corbin, 1998).

7.4.2 Aksial kodning

Aksial kodning defineres af Strauss og Corbin, som en proces der relaterer kategorier til deres underkategorier. Ordet "aksial" anvendes, idet kodningen finder sted omkring en kategoris akse, og forbinder hoved- og underkategorier på egenskabs- og dimensionsniveau. Formålet med aksial kodning er, at detaljere og udvikle de fundne kategorier. Kategorierne relateres til deres underkategorier, for at skabe mere præcise og komplette beskrivelser af fænomenerne, såsom en hændelse, et problem eller en handling, som de repræsenterer. Kategorier kan forklare *hvad der foregår*.

Underkategorier er karakteriseret af, at kunne besvare spørgsmål som *hvornår, hvor, hvorfor, hvem* eller *hvordan* og *med hvilke konsekvenser* (Strauss & Corbin, 1998). I denne fase integrerer forskeren således struktur og proces. Baggrunden herfor er, at struktur er det, som skaber de betingelser eller omstændigheder, i hvilke kategorien er situeret eller opstår. Proces betegner forskningsfeltets handlinger eller interaktioner, som respons på de specifikke problemer eller udfordringer. Struktur og proces er uløseligt sammenhængende og forståelsen af relationen imellem dem, er nødvendig for, i tilstrækkelig grad, at kunne nå en erkendelse af *hvad der foregår*. At integrere og kombinere struktur og proces, er altså en måde hvorpå forskeren kan arbejde med og omkring den kompleksitet og dynamik, som præger menneskelivet og dermed forskningsfeltet (Strauss & Corbin, 1998).

For at afdække og organisere kategorierne samt struktur og proces, foreslår Strauss og Corbin at forskeren anvender det, som de kalder et "paradigme". I denne forbindelse er paradigmet et perspektiv man antager overfor data, som bidrager til systematisk at indsamle og ordne data, med henblik på at integrere struktur og proces. Paradigmet indbefatter betingelser, handlinger/interaktioner og konsekvenser (Strauss & Corbin, 1998). Betingelserne omhandler *hvorfor*, *hvor* og *hvornår*. Svarene på disse spørgsmål skaber strukturen, som er de omstændigheder eller situationer, i hvilke et fænomen optræder. Handlinger/interaktioner repræsenteres af spørgsmål som *hvem* og *hvordan*, og er de strategier eller rutineprægede responser, som individer eller grupper har overfor problemer, hændelser eller lignende, som er opstået under førnævnte betingelser. Konsekvenser omhandler, hvilke resultater handlingerne/interaktionerne har. Ved anvendelsen af paradigmet fokuseres på den komplekse sammenfletning af betingelser, som leder op til et problem, en hændelse eller lignende, som personer eller grupper responderer på med handlinger/interaktioner, hvilket har nogle konkrete konsekvenser. Denne kæde af betingelser-problemer/hændelser-handlinger/interaktioner-konsekvenser repræsenterer aksial kodningen og bidrager til, at udvikle kategorierne i forlængelse af deres kausale betingelser, dimensioner, kontekst og konsekvenser. Yderligere detaljeres og udvikles kategoriernes egenskaber og dimensioner, med det formål at skabe en dybere forståelse for kategorierne (Boolsen, 2010; Strauss & Corbin, 1998).

7.4.3 Selektiv kodning

Et essentielt element i teorigenereringen er, at kategorierne forbindes og relateres ind i en større teoretisk ordening. Det er i den selektive kodning, at kernekategorien, som repræsenterer det centrale tema i teorien, findes. Meget forenklet kan siges, at kernekategorien består af alle analysens produkter, kondenseret ned til få ord, som basalt forklarer hvad forskningen omhandler og hvad det fremtrædende tema er.

Kriterierne for valg af kernekategori er:

- 1) At den er central, og derved at alle andre større kategorier kan relateres til den.
- 2) At den optræder hyppigt i datamaterialet.
- 3) At den kan forbindes på logisk og konsistent vis med de forklaringer, som udvikles omkring den.
- 4) At den er abstrakt, således at der kan inddrages viden fra andre områder i forbindelse med udviklingen af en mere generel teori.

5) Den skal kunne relateres til andre begreber, efterhånden som den i analytisk henseende bearbejdes og teorien udvikles.

6) Den skal kunne forklare data.

De øvrige kategorier integreres med kernekategorien. Ved integrationen organiseres kategorierne omkring kernekategorien og relateres til den, gennem forklarende udsagn vedrørende deres relation og sammenhæng, således at der dannes en sammenhængende historie, som forklarer det undersøgelsen omhandler. Det er denne integration af kategorierne og deres sammenhæng, som skaber teorien og adskiller analysen fra at være deskriptiv (Strauss & Corbin, 1998; Boolsen, 2010).

7.4.4 Teoretisk sampling

Teoretisk sampling er indsamlingen og udvælgelsen af ny data, med udgangspunkt i de begreber og teorien som er udviklet i analyseprocessen. Her leder man efter steder, personer og/eller hændelser som vil maksimere muligheden for, at finde variationer mellem begreberne, og samtidig fortætte de udviklede kategorier. Undersøgelsens hele datasæt er således ikke indsamlet og udvalgt, forinden analyseprocessen påbegyndes, men skabes igennem undersøgelsen og styres af de kumulative fund, som fremtræder undervejs i processen (Strauss & Corbin, 1998).

De teoretiske betragtninger som er opstået undervejs i processen, foranlediger de særlige datavalg, således at hypoteser og antagelser kan underbygges eller forkastes. Tankegangen bag er dels induktiv og dels deduktiv. Formålet med den teoretiske sampling er, at forøge muligheden for at sammenligne processer, for at afgøre, hvorledes en kategori varierer i sine egenskaber og dimensioner. Forskeren vælger altså data ud fra de egenskaber og dimensioner, som fremtræder i kategorierne (Strauss & Corbin, 1998; Boolsen, 2010).

Fokus for den teoretiske sampling følger kodningen, som forskeren i daværende periode beskæftiger sig med, dette være sig åben-, aksial-, eller selektiv kodning. Samplingen fortsætter gennem undersøgelsen, indtil alle kategorier er mættede og der hermed er opnået teoretisk mætning. Med dette menes, når den teoretiske sampling ikke længere bidrager med ny eller signifikant viden, samt at alle kategoriers egenskaber og dimensioner er veludviklede (Strauss & Corbin, 1998).

8. Analyse

Data blev analyseret efter Strauss & Corbins anbefalinger, hvorved principperne for åben-, aksial- og selektiv kodning samt teoretisk sampling blev fulgt. Analysen og dataindsamlingen foregik simultant og ved at dykke ned i de fremtrædende kategorier, opstod en vekselvirkning mellem en induktiv og deduktiv proces. Denne vekselvirkning var præget af deduktive faser, i hvilke fremtrædende kategorier var styrende for indsamlingen af yderligere datamateriale, hvilken sidenhen blev udforsket ud fra et induktivt princip, med henblik på at bidrage til udviklingen af kategorier. Teoretisk sampling blev udført med henblik på at bidrage til eller afkræfte den kumulative teori. I følgende afsnit beskrives analyseprocessen ud fra de anvendte analysetrin, med eksempler på kodning af koncepter, udvikling af kategorier og kernekategori.

8.1 Åben kodning

Indledningsvist blev patientfortællinger som omhandlede patienters oplevelse af deres recoveryproces gennemlæst og kodet i passager på flere linjer (eksempel, figur 1). Der blev skrevet memoer, som et redskab til analytiske overvejelser, undervejs i processen. De koncepter som fandtes i de første tekster, blev styrende for læsningen og kodningen af det datamateriale, som blev fundet og udforsket efterfølgende.

Tekst	Kode
Jeg tror at denne sygeplejerske forsøgte at finde alt det, der kunne hjælpe mig. (Romme & Escher, 2010, s. 145, l. 13-14)	Receiving help
Da jeg begyndte at arbejde med mine stemmer, gav jeg dem farvenavne. Hvis jeg gav dem et rigtigt navn, var jeg bange for at give dem for meget kraft (Romme & Escher, 2010, s. 146, l. 8-10)	Working with voices
Jeg gentog disse kraftfulde ord igen og igen i mit hoved – både højtlydt og langsomt. Jeg begyndte at tro på dem. (Romme & Escher, 2010, s. 221 l. 33).	Starting to believe
Jeg havde ikke gjort tingene på min egen måde. Jeg havde haft så travlt med at lytte efter andre; de såkaldte eksperter. Eksperter som i virkeligheden befinder sig lige så meget i mørket, hvad angår lidelser i sindet, som de lidende selv. Jeg forberedte en plan, en konkret plan, som i begyndelsen skulle følges trin for trin. Det var en plan, hvor troen på planen var en usynlig ledsager. (Romme & Escher, 2010, s. 294, l. 31)	Making a decision

Figur 1: Eksempler på åben kodning af tekst

Der blev fundet adskillige koncepter i datamaterialet. Disse blev skrevet op og efterfølgende sammenlignet med hinanden. Siden blev alle samlet i foreløbige kategorier (eksempel, figur 2), som repræsenterede fællestrækkene ved koncepterne. De kategorier som først blev skabt var: *changing strategies*, *changing perspectives*, *making meaning*, *being supported*, *taking action*, *standing at crossroads* samt *interaction determined direction choosing*. Ligeledes blev de foreløbige kategoriers underkategorier identificeret.

Koncept	Kategori
Perspectives Attitude change Another way of thinking New ways of dealing with symptoms	Changing perspectives
Gaining control Reaching out Making new goals Taking a stand	Taking action
Relating symptoms to life Creating an understanding Discovering a meaning	Making meaning

Figur 2: Eksempler på koncepter og indledende kategorier

Kategorier og underkategorier blev udviklet i forlængelse af deres egenskaber og dimensioner. Herved blev der beskrevet *hvad der foregår*, indenfor hver enkelt kategori, hvad der karakteriserede dem, samt hvilke variationer de indbefattede. Det samme gjorde sig gældende for underkategorierne. De åbne kodninger blev gentaget flere gange, i forskelligt materiale. Samme materiale, blev også anvendt til flere åbne kodninger, på forskellige tidspunkter i analyseprocessen, med udgangspunkt i vekslingen mellem induktion og deduktion.

8.2 Aksial kodning

Ved konstante sammenligninger blev det klart, at flere kategorier indeholdt samme egenskaber, hvorfor de blev knyttet til hinanden, som over- og underkategorier. I denne proces blev *being supported* underkategori til *interaction determined direction choosing*. *Making meaning* blev underkategori til kategorien *changing perspectives*, og *changing strategies* blev underkategori til *taking action*. Dermed stod fire

hovedkategorier tilbage: *standing at crossroads*, *interaction determined direction choosing*, *taking action* og *changing perspectives*.

For en yderligere uddybelse af kategorierne, blev paradigmet, som Strauss og Corbin anbefaler anvendt. Herunder blev kategorierne undersøgt ud fra kæden af betingelser-problemer/hændelser-handlinger/interaktioner-konsekvenser, for dermed at opnå en klarlægning af deres kausale betingelser, dimensioner, kontekst og konsekvenser (eksempel, figur 4). Forinden udforskede jeg kategorierne ved at stille spørgsmål til dem, med henblik på uddybelse af struktur og proces. Herunder spørgsmål såsom: Hvad sker der? Hvorfor? Med hvilke konsekvenser? (eksempel, figur 3)

Spørgsmål:	Svar:
Hvad sker der? (Kategori)	Mennesket begynder at handle aktivt. Disse handlinger kan blandt andet indebære aktiv refleksion og beslutningstagning omkring egen behandling. At søge eller afslutte relationer, eller at . De aktive handlinger er ofte forbundet med arbejde, som kræver motivation og determination.
Hvorfor? (Struktur)	På baggrund af et ønske om forandring og en erkendelse af at aktiv handling dermed er nødvendig. De aktive handlinger er således direkte relateret til eksempelvis det formål, at ændre sine livsvilkår eller at få kontrol over sygdom.
Hvordan? (Proces)	Blandt andet ved at sætte nye mål. Disse kan være kortsigtede og konkrete, såsom at tale med stemmerne om aftenen, i stedet for hele dagen, eller de kan være langsigtede og mere abstrakte, såsom at blive rask, at få en uddannelse eller lignende. De aktive handlinger kan også udføres med udgangspunkt i nye strategier, som afprøves ud fra forskellige målsætninger.
Med hvilke konsekvenser?	Små successer, i form af opnåede mål, er motiverende og kan være afgørende for at nye mål sættes og at det aktive arbejde fortsættes. Strategier kan udvikles yderligere eller ændres igen, afhængigt af om de har positivt resultat.

Figur 3 Eksempler på struktur og proces fra kategorien *taking action*

Uddybelse af struktur og proces blev anvendt i udforskningen af alle kategorierne. I denne proces blev yderligere underkategorier identificeret, herunder *setting goals* som underkategori til *taking action*, *being guided* som underkategori til *interaction determined direction choosing*, samt *making a decision* og *waking up*, som underkategorier til *standing at crossroads*.

Efterfølgende blev de hver især, sat ind i en ”betingelser-problemer/hændelser-handlinger/interaktioner-konsekvens” kontekst. Med udgangspunkt i samme kategori *taking action*, sat ind i denne kontekst, vises følgende eksempel:

Betingelser	At være motiveret og determineret og have en erkendelse af at aktiv handling er nødvendig.
Problem/hændelse	En forandring er nødvendig/ønskes
Handling/interaktion	Aktive handlinger, anvendes med henblik på at skabe denne forandring, eller med det formål at tilegne sig strategier, som kan medføre forandring. Strategierne kan danne udgangspunkt for aktiv handling. At tage aktive beslutninger og reflektere kan være en del af aktive handlinger, ligesom det at sætte både konkrete, abstrakte, langsigtede og kortsigtede mål.
Konsekvens	At lykkes i små skridt og nå mål, kan skabe yderligere motivation for at handle og være aktiv i egen forandringsproces.

Figur 4 Eksempel på anvendelse af Strauss & Corbins paradigme for aksial kodning

8.3 Selektiv kodning

I den selektive kodningsproces blev kernekategorien identificeret, med udgangspunkt i de seks kriterier, som beskrevet tidligere. Kernekategorien *interaction determined direction choosing*, blev valgt idet at den er central, samt at de øvrige kategorier kan relateres til den. I øvrigt er kategorien abstrakt og kan således potentielt relateres til viden om sociale interaktioners betydning, for retningsvalg og forandring i livet på andre områder. Ydermere optræder kategorien meget hyppigt i det empiriske datamateriale og fremtræder i klar sammenhæng med øvrige kategorier. Efterfølgende blev de øvrige kategorier integreret omkring kategorien. Sammenhængen i mellem dem og deres relationer blev klarlagt og ved hjælp af forklarende udsagn omkring kategoriernes sammenhæng og relation, blev de organiseret i forhold til hinanden. Således blev teorien genereret og den sammenhængende historie, som knytter sig til specialets problemformulering, og således forklarer sociale processer relateret til recovery af svær psykisk sygdom blev dannet.

8.4 Teoretisk sampling

Dataindsamlingen foregik simultant med analysen. Indledningsvist blev seks patienthistorier inddraget og analyseret. Dernæst blev yderligere syv historier analyseret og efterfølgende blev endnu seks patienthistorier inddraget som data.

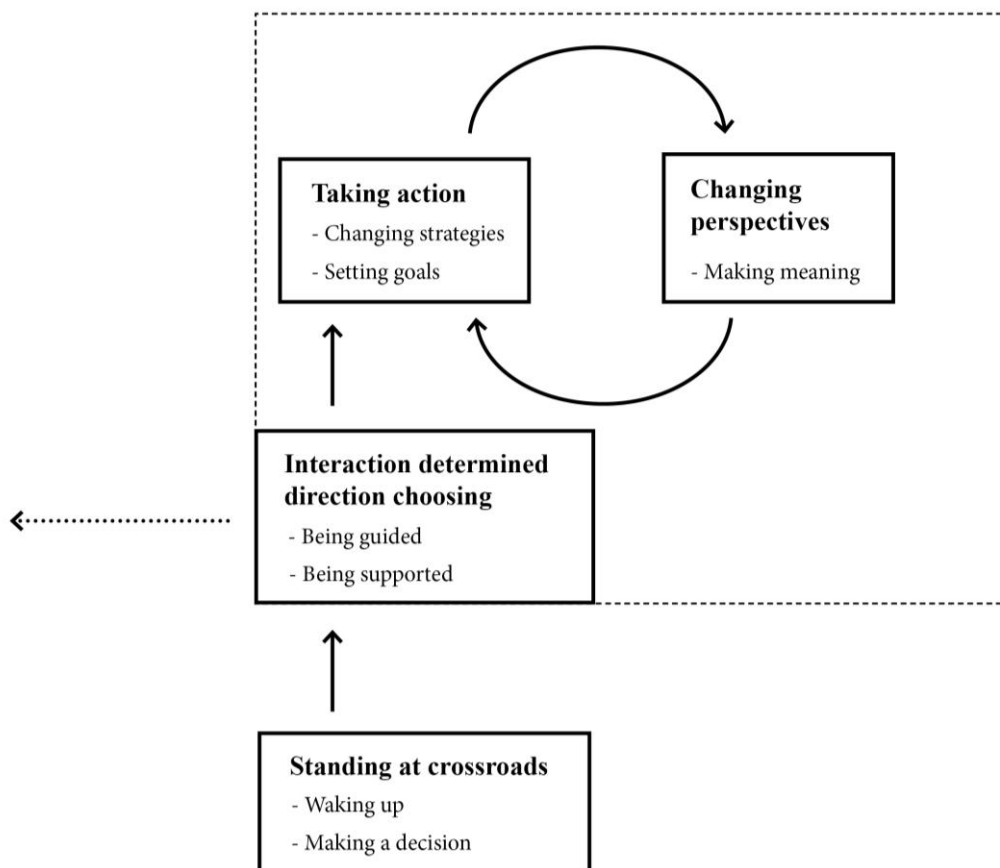
Selve den teoretiske sampling bestod, med udgangspunkt i fundet af kategorien *standing at crossroads*, i forskningsartiklen ”A Qualitative Analysis of Turning Points in the Recovery Process”. Baggrunden herfor var, at *turning points*, som beskrevet i artiklen, kunne sammenlignes med kategorien *standing at crossroads* og dermed kunne bidrage til uddybelsen af kategorien (Mancini, 2007). Ligeledes blev artiklen ”Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study” inddraget som data via teoretisk sampling, med den begrundelse at artiklen, blandt andet, fokuserer på betydningen af socialt netværk (Davidson et al., 2005). Udgangspunktet for at finde data med dette perspektiv, var kernekategorien *interaction determined direction choosing*, som omhandler betydningen af de sociale interaktioner, der udspiller sig i og omkring den skillevej, som beskrives i *standing at crossroads*, samt hvad der karakteriserer disse sociale interaktioner.

9. Resultater

I det følgende præsenteres den genererede teori i et diagram, og beskrives dernæst i en sammenhængende historie, som forklarer sociale processer relateret til recovery af svær psykisk sygdom. Efterfølgende beskrives kategorierne samt kernekategorien, som knytter sig til teorien i separate afsnit.

9.1 Den genererede teori

Datamaterialet viste en processuel sammenhæng mellem de tre kategorier *standing at crossroads*, *taking action*, *changing perspectives*, samt kernekategorien *interaction determined direction choosing*, som illustreret i følgende diagram:



Figur 5 Diagram over teori

De sociale processer som relaterer sig til recovery begynder ved skillevejen, ved kategorien *standing at crossroads*. Her er mennesket sat overfor nogle omstændigheder

som nødvendiggør, at der træffes et valg om fremtiden. Disse omstændigheder kan involvere, en ophobning og tilspidsning af indre frustrationer efter et tilpas langt eller alvorligt sygdomsforløb. Dette medvirker, at vedkommende ikke længere kan udholde at være i sit liv, som det er på det tidspunkt. I disse tilfælde oplever mange, at ønske at dø. Andre beskriver en oplevelse af at have ”nået bunden”. Ønsket om at ville dø eller at nå bunden, leder flere hen til en erkendelse af, at en radikal forandring er nødvendig, såfremt livet skal fortsættes. I forlængelse heraf kan endvidere ses en form for indre oprør eller en opvågning, præsenteret i underkategorien *waking up*. Denne opvågning kan yderligere skabe incitament for at ville ændre sine livsvilkår. Skillevejen kan ligeledes optræde i forbindelse med ydre omstændigheder, såsom at blive forælder, som bevirker at den nuværende livssituation ikke længere kan fortsætte. I relation til at stå overfor en skillevej, ligger også underkategorien *making a decision*. Ofte omhandler valget, hvorvidt livet skal fortsætte eller ej, eller på hvilken måde og på hvilke vilkår livet kan fortsættes. Mennesket kan stå foran denne skillevej i varierende tidsperioder, og valget af hvilken retning vedkommende bevæger sig imod, relaterer sig til kernekategorien *interaction determined direction choosing*. Retningsvalget synes, at være determineret af interaktioner, som udfolder sig i og omkring skillevejen. Mennesket søger på dette tidspunkt udad, med det mere eller mindre bevidste formål, at finde den nye retning det må og kan gå. Interaktionen bestemmer retningen og det synes afgørende, at de interaktioner som vedkommende indgår i, er af en støttende og åben karakter. I forlængelse af *interaction determined direction choosing* findes underkategorien *being guided*. Herunder tager interaktionen, eller interaktionerne, form af en aktivt guidende karakter, som bidrager med forslag til handlinger, eller som opfordrer til specifikke tiltag. Ligeledes findes underkategorien *being supported*, som relaterer sig til støtte og tiltro fra menneskets sociale omgivelser. Interaktionerne, som er medvirkende i retningsvalget, kan optræde tilfældigt eller planlagt, gennem sundhedsprofessionelle, alternative behandlere eller pårørende. Disse støttende og/eller guidende interaktioner kan igangsætte kategorien *taking action*. *Taking action* indbefatter bestemte aktive handlinger, som foretages med det bevidste formål at ændre livssituationen. Dette involverer ofte underkategorien *setting goals*, som betyder at mennesket sætter nye mål for sig selv og sin fremtid. Målene er ofte små og udvides efterhånden som de opfyldes og mennesket oplever at lykkes. I forbindelse med *taking action*, udspringer også underkategorien *changing strategies*, hvorved mennesket opsøger, lærer og afprøver

nye strategier til at tackle sine symptomer. *Taking action* er endvidere relateret til at søge videre og finde andre relationer og interaktioner, som kan bidrage yderligere til den livsforandring, som er i gang eller ved at blive sat i gang. De handlinger som knytter sig til *taking action*, kan lede til nye oplevelser af sig selv og sine livsmuligheder, og igangsætter således den sidste kategori *changing perspectives*. Her begynder mennesket at ændre sin opfattelse og sit perspektiv. Der skabes ny mening og forståelse for sit liv, sig selv, sin sygdom og sine symptomer. Mange oplever at der skabes en ny selvforståelse, samt en større sammenhæng, som binder livets aspekter sammen og tidligere erfaringer optræder nu i et nyt lys. Disse nye perspektiver leder til nye mål og ny mening medfører nye handlinger og ændrede strategier. De ”små skridt” og at ”lykkes i det små”, som relaterer sig til kategorien *taking action*, er endvidere katalysatorer for nye oplevelser og erfaringer, hvilke relaterer sig til *changing perspectives*. *Changing perspectives* og *taking action* er således i en konstant vekselvirkning med hinanden. *Interaction determined direction choosing* optræder underliggende gennem hele processen, idet mennesket ikke bare vælger én vej og derefter ledes til recovery. Den interaktionsdeterminerede retningsbestemmelse samt de guidende og/eller støttende relationer som knytter sig hertil, foregår vedvarende gennem hele processen og synes nødvendige for kontinuerligt, at igangsætte nye handlinger og nye perspektiver. Disse nye handlinger og perspektiver kan endvidere inkludere at søge nye relationer og interaktioner. Kernekategorien *interaction determined direction choosing* er således en grundlæggende betingelse i de sociale processer, som relaterer sig til recovery og udgør grundlaget for de aktive handlinger og perspektivændringer, som indgår i recoveryprocessen.

9.1.1 Standing at crossroads

Standing at crossroads betyder, at komme til en skillevej, hvor mennesker enten af ydre omstændigheder, såsom at blive forældre, eller på baggrund af en oplevelse af ikke længere at kunne udholde sin livssituation, når et punkt hvor forandring er nødvendigt. I flere patientfortællinger beskrives, at være nået til et sted, i hvilket man ikke længere kan blive i den nuværende tilstand. Mange har haft planlagt at begå selvmord efter års sygdomsforløb, med den begrundelse at de ikke ”kunne holde det ud længere”. Andre forklarer, at de begynder at stille spørgsmålstejn ved, om dette virkelig kan være livet

for dem, eller om der kunne være en anden måde at leve. Nedenstående citater er et meget repræsentativt eksempel på et øjeblik, hvori et menneske står ved den skillevej:

”Der skulle gå næsten ti år, før jeg ændrede denne måde at tænke på. Det var omkring år 2000, og jeg var nået til et punkt, hvor jeg endelig sagde til mig selv: ”Dette kan ikke være livet”. Min konklusion var, at nu måtte jeg bringe det til en ende.”(Romme & Escher, 2010, s. 139, l. 11-14)

”Under forberedelserne til mit møde med døden skrev jeg noget, der var løgn. En løgn som lyste op fra papiret, og som brændte mine øjne. Jeg skrev: ”Jeg har prøvet alt.” Men det havde jeg ikke. Jeg erkendte, at jeg ikke troede på denne mærkelige sætning på fire ord, og at jeg ikke kunne forlade denne verden på en løgn.”(Romme & Escher, 2010, s. 294, l. 27-31)

Skillevejen omhandler ikke nødvendigvis livet eller døden, trods tanker om dette ofte ses som noget gennemgående og underliggende i flere patientfortællinger. Andre beskriver skillevejen, som et øjeblik hvor livsomstændigheder krævede en forandring, såfremt de ønskede at bibeholde elementer, såsom ægtefæller eller børn, i sit liv. *Standing at crossroads* repræsenterer således både en tilspidsning af indre frustrationer over livet, som leder til en erkendelse af, at måtte bringe enten livet eller situationen til ende og ydre omstændigheder som kræver, at der sker en forandring. En måde at opleve skillevejen, kan også være at ”nå bunden”, som nedenstående eksemplificerer:

”A number of participants described the realization and acceptance that they had “hit bottom” as the turning point that initiated their recoveries.”(Mancini, 2007, s. 229, l. 4-6)

9.1.1.1 Waking up

I forbindelse med at komme til en skillevej, kan også forekomme en form for ”opvågning”, som repræsenteret i underkategorien *waking up*. Denne opvågning kan forstås som en pludselig erkendelse af den tilstand man er i, eller hvordan realiteterne er, som vist i følgende eksempel:

Den eneste, der ikke kæmpede for mig, var mig. Det var en brat opvågning (...) jeg var faldet så dybt at jeg ikke kunne falde længere. Det var på dette tidspunkt, at jeg pludselig tænkte: ”okay, du gør noget ved dette her. Du lader det ikke fortsætte længere. Du gør noget ved det nu.” (Romme & Escher, 2010, s. 171, l. 32 – s. 172, l. 2)

Opvågningen relaterer sig også til, en erkendelse af at være utilfreds med sit liv, samt en begyndende oplevelse af, at det måske kan være anderledes. Opvågningen kan også indbefatte et begyndende ”oprør” overfor sit eget liv og i særdeleshed overfor sygdommen. Skillevejen igangsætter denne opvågning, ved at tydeliggøre at de livsomstændigheder man befinder sig i, kan sætte betydelige grænser og resultere i tab, eller ved at man får en indsigt i, hvor dårligt man faktisk har det, som følgende eksempel illustrerer:

”... jeg opnåede en oprigtig erkendelse af, hvor plaget og bange jeg var – som et dådyr: altid parat til at flygte for livet.” (Romme og Escher, 2010, s. 178, l. 18-19)

9.1.1.2 Making a decision

Making a decision er ligeledes en underkategori til *standing at crossroads*. Heri ligger at der, som en konsekvens af at møde skillevejen, må træffes en beslutning for fremtiden. En sådan beslutning er følgende citater et eksempel på: “*Det var så latterligt, at jeg besluttede, at når jeg tilsyneladende ikke kunne finde ud af at dø, så må jeg fortsætte med at leve.*” (Romme & Escher, 2010, s. 237, l. 11-13)

“Jeg havde ikke andet valg end at begå selvmord. Gud ville med sikkerhed bevilge mig fred, og så ville jeg ikke længere blive pint og plaget – jeg ville blive fri. Selvom ønsket om fred var overvældende, så var viljen til at leve stærkere. Med hjælp og støtte af en ven besluttede jeg mig for at gøre et sidste forsøg på at få stemmerne under kontrol.” (Romme & Escher, 2010, s. 157, l. 4-9)

I begge disse tilfælde omhandler valget, hvorvidt livet skal fortsættes eller ej. Sidstnævnte inkluderer endvidere valget, om på hvilke vilkår livet kan fortsætte. At komme til en skillevej, medfører således at der træffes en form for beslutning for fremtiden. Dette involverer ikke udelukkende en beslutning om liv eller død, men også beslutningen om, at gå en “anden vej”, at søge et andet liv eller at prøve nogle andre muligheder. I denne forbindelse søger mennesket ofte, mere eller mindre bevidst, udad mod sine omgivelser.

9.1.2 Interaction determined direction choosing

Kerne kategorien *interaction determined direction choosing*, omhandler at menneskets valg af retning, determineres af de interaktioner som det indgår i, i forbindelse med at

skulle træffe et valg for fremtiden. Ofte rækker mennesket ud efter andre, når det søger at tage beslutning om forandring, samt at finde en ny vej at gå. I denne forbindelse synes det sociale netværk, at have en afgørende indflydelse på, hvorvidt vedkommende tager de nødvendige skridt mod handling.

Som nedstående citat illustrerer, har kvinden, som fortæller historien, et ønske om forandring, og har erkendt at den aktuelle behandling ikke har den ønskede effekt. Det er i den interaktion og respons, som sygeplejersken giver, at en ny retning åbnes for kvinden.

”Det var en CPN (socialpsykiatrisk sygeplejerske), som gennemskuede situationen. Jeg vedblev at sige: ”Denne medicin virker ikke”, og hun hørte det. Hun begyndte at kigge udenfor sit eget lille område efter ’noget andet’.” (Romme & Escher, 2010, s. 145, l. 9-12)

De interaktioner som synes determinerende for retningsvalg, er ofte præget af tiltro til, at mennesket vil være i stand til at komme sig. Følgende citater er eksempler på at opbakning og tiltro fra de sociale omgivelser, kan optræde som afgørende faktorer i, at vælge at ændre sit liv, samt at arbejde målrettet mod at komme sig.

”Hendes mands opbakning og hendes målrettethed i forhold til at ophøre med at være psykiatrisk patient fik hende til at vælge sit liv igen.” (Romme & Escher, s. 217, l. 26-28)

”Jeg arbejdede tæt sammen med en rådgiver og senere med en terapeut, som troede på mig og mine evner til at komme mig.” (Romme & Escher, 2010, s. 220, l. 35-36)

Det synes afgørende for retningsvalget, at de sociale relationer som mennesket indgår i, er præget af oprigtighed og reelle ønsker om at vedkommende kommer sig. I denne sammenhæng nævner flere, at sociale relationer, herunder både familie, venner og sundhedsprofessionelle, som bar præg af, at mennesket blev betragtet som et ligeværdigt menneske, havde en afgørende positiv indflydelse på deres vilje og troen på at det kunne lykkes dem at skabe forandring. Som nedenstående citat illustrerer var det ligeledes gennemgående, at personer som troede på dem og erkendte og anerkendte deres oplevelser og symptomer, ofte faciliterede at vedkommende fik troen på, at de kunne ændre det.

”Det første menneske der virkelig talte med mig om mine stemmer, var psykiateren (...) han gav mig mulighed for at tale om mine stemmeoplevelser, og hvad der måske var lige så vigtigt, jeg blev behandlet ligeværdigt(...) Jeg mødte en anden bruger

som accepterede stemmer og vi talte sammen. Det var en meget opløftende oplevelse. Endelig var jeg ikke alene. Denne person viste mig, at man kan bruge stemmeoplevelserne til noget positivt” (Romme & Escher, 2010, s. 243, l. 15-25)

De sociale interaktioner som mennesket indgår i, synes at have en grundlæggende indvirkning på deres valg, handlinger og opfattelse af egne evner, igennem hele processen. Først og fremmest kan de sociale interaktioner fungere som en katalysator for, at mennesket søger bestemte veje, som hjælper dem imod og igennem en recoveryproces. Som følgende citat beskriver, kan denne hjælp basalt set bestå i, at mennesket oplever, at føle sig værdig til forandring:

”Da psykiateren synes at jeg var god – ja, mere end god – og han sagde: ’ jeg forstår slet ikke hvorfor du tænker så negativt og har så lavt selvværd, for hvis der er én, der har evner, så er det da dig. ’ Ja, så tænkte jeg at det nok var sådan.” (Romme & Escher, 2010, s. 239, l. 3-6)

9.1.2.1 Being guided

I underkategorien *being guided* knytter der sig interaktioner, som indtager en mere guidende karakter. Herunder optræder personer, som eksempelvis sætter mennesket i kontakt med andre instanser, eller eksempelvis alternative behandlingstiltag, som synes at passe deres individuelle behov.

Den guidende karakter kan ligeledes vise sig, i form af at introducere mennesket til konkrete strategier, som denne kan anvende, eller som en form for mentor, som kontinuerligt viser og lærer mennesket nye måder, at handle på i forbindelse med at skabe forandring, som nedenstående citater beskriver:

”Jeg fik enorm stor støtte fra min terapeut på den psykoterapeutiske klinik. Han var den første, som jeg fortalte det til, og han tog mig alvorligt fra starten. Han viste mig vejen og fortalte mig, hvordan jeg skulle omgås stemmerne.” (Romme & Escher, 2010, s. 285, l. 9-12)

”Jeg havde i lang tid følt mig helt magtesløs. Det var heller ikke faldet mig ind, at jeg selv havde noget at skulle have sagt, men da jeg fulgte Sandras træning, opdagede jeg, at det havde jeg.”(Romme & Escher, 2010, s. 260, l. 27-29)

De guidende interaktioner optræder ofte i form af mennesker, som selv har oplevet recovery, i netværk af mennesker med psykisk sygdom, samt af sundhedsprofessionelle. I forbindelse med at blive guidet synes det dog afgørende, at denne ”guidning” tager

udgangspunkt i menneskets individuelle ønsker og behov, således at vedkommende selv er styrende for, hvilken retning han eller hun guides hen imod.

9.1.2.2 Being supported

Underkategorien *being supported* relaterer sig til en vedvarende støtte fra de sociale omgivelser. Hermed menes at mennesket støttes i de valg og beslutninger det træffer for sig selv, med henblik på at skabe forandring. Følgende citat illustrerer et menneske som støttes i sin søgen efter at skabe mening med sine oplevelser:

”Jeg var meget heldig at have andre mennesker i mit liv, som ikke kom med bebrejdelser og som ikke afviste det, som var sket mig. De var villige til at lytte til mig og mine stemmer, og de støttede mig i at skabe mening med, som stemmerne forsøgte at fortælle mig.”
(Romme & Escher, 2010, s. 220, l. 31-35)

En fornemmelse af at have et netværk som bakker op og ”hepper” på mennesket i sin kamp for at komme sig over psykisk sygdom, synes at have en væsentlig indflydelse på menneskets vilje og evner til træffe beslutninger og handle på dem, hvilket følgende citat illustrerer:

”Min vens støtte var en kæmpe bekræftelse, og det skabte en slags kontrol inden i mig, som længe havde været fraværende.” (Romme & Escher, s. 157, l. 27-28).

At blive støttet relaterer sig ligeledes til det, at blive accepteret som man er, og altså ikke nødvendigvis i sin kamp for at komme sig og forandre sig. Følgende citat beskriver støtte fra den nærmeste familie:

”Mine børn har fuldstændigt accepteret det i dag. Min mand støtter mig meget, også når han ikke forstår det.” (Romme & Escher, s. 285, l. 1-2)

Støtte relaterer sig også til at have sociale relationer, som holder ved gennem svære tider og som hjælper med praktiske gøremål og lignende i tider hvor det er nødvendigt. Denne form for støttende interaktion foregår oftest i menneskets sociale nærmiljø, såsom blandt familie og/eller venner.

9.1.3 Taking action

Taking action omfatter handlinger, som foretages med det bevidste formål at ændre på sin livssituation. *Taking action* har underkategorierne *setting goals* og *changing strategies*. Kategorien indbefatter det at ”skride til handling”. I denne forbindelse menes, at mennesket begynder at inddrage aktive handlinger i sin søgen efter

forandring. Dette sker oftest på baggrund af en erkendelse af, at det at opnå andre livsvilkår kræver, at der gøres noget aktivt. En sådan erkendelse tydeliggøres i følgende citat: *Var det ikke mig, som i sidste ende var i stand til aktivt at forandre mine handlinger og derigennem mine livsvilkår?*” (Romme & Escher, 2010, s. 133, l. 9-10) Handlinger kan involvere at arbejde med symptomerne, såsom at tale med sine stemmer. Herunder anvendes forskellige bevidste strategier, med henblik på at opnå kontrol over sin livssituation og/eller sine symptomer.

”Disse fire områder virkede meget mere håndterbare end skizofreni. Jeg ved ikke, hvad skizofreni er! De fire udfordringer kunne jeg måske ikke slippe af med, men jeg havde i det mindste en idé om, hvordan jeg skulle arbejde med dem.”
(Romme & Escher, 2010, s. 146, l. 5-8)

De handlinger som optræder i forlængelse heraf, beskrives ofte som hårdt arbejde, som kræver stor motivation og determination.

Kategorien kan også omfatte at søge bestemte relationer, med den hensigt at modtage relevant hjælp, eller at afvikle relationer, som ikke længere synes hensigtsmæssige at indgå i.

Taking action relaterer sig ligeledes til, at træffe aktive beslutninger for sig selv.

Herunder kan eksempelvis træffes beslutninger for sin behandling, såsom at stoppe med medicin, som man ikke ønsker, samt en søgen efter hjælp, efter en aktiv refleksion og stillingtagen til, hvilke former for hjælp eller behandling, man ønsker at modtage.

9.1.3.1 Setting goals

Som underkategori til *taking action* er *setting goals*. *Setting goals* betyder at sætte mål, som kræver handling og relaterer sig ofte til, menneskets symptomer og mål for fremtiden. Målene kan optræde som små mål, såsom at ville lære at kommunikere med sine stemmer, at få mere kontrol over sin sygdom og deslige. Eller de kan være store langsigtede mål, såsom at blive helt rask, ville tage en uddannelse, at få børn og lignende. Nedenstående er eksempel på mål der bliver sat for fremtiden:

”Det var på dette tidspunkt, at jeg besluttede at jeg ville have et liv igen. Jeg ville holde op med, at gøre mig selv til grin. Jeg ville tage et kursus i driftsøkonomi og have min egen virksomhed. Det havde jeg altid drømt om.” (Romme & Escher, 2010, s. 205, l. 17-20).

Det at sætte små mål i starten, som derefter opfyldes og lykkes skridt for skridt synes at have en afgørende positiv effekt, for motivationen for at fortsætte med at handle aktivt

og arbejde med sygdommen. Således kan opnåede mål, afstedkomme at nye og at eventuelt større mål bliver sat.

9.1.3.2 Changing strategies

Changing strategies omhandler en ændring af strategi. Heri ligger at de strategier, som individet har brugt tidligere for at tackle sit liv, ændres med henblik på at skabe forandring. Det kan også involvere at blive bevidst om at få og bruge strategier, i forbindelse med sin livsførelse og overfor sin sygdom. Ofte begynder mennesket at anvende nye og anderledes strategier, som det har lært af andre mennesker. Strategierne afprøves og ændres såfremt de ikke virker, eller de kan bruges mere fokuseret og udvikles, i så fald at de har gode resultater. Strategierne består eksempelvis af bestemte teknikker, som anvendes overfor symptomer. Et eksempel på strategi i denne forbindelse, kan ses i følgende citat:

”Jeg besluttede at sætte dæmonerne på nogle prøver. Jeg gav dem den simple opgave at vaske op uden hjælp. Dette var de ude af stand til, og det grundlagde en tvivl om deres faktiske magt.”
(Romme & Escher, 2010, s. 157, l. 36 – s. 158, l. 3)

”Da jeg begyndte at arbejde med mine stemmer, besluttede jeg bl.a. at give dem opmærksomhed på et specielt tidspunkt på dagen.” (Romme & Escher, 2010, s. 147, l. 18-19) Ovenstående viser bevidste strategier, som anvendes overfor symptomerne. At ændre strategi opstår ofte som følge af, at tidligere handlinger og/eller livsførelse ikke har haft de resultater, man måtte have ønsket, og kan være en måde at tænke fremad- og målrettet, som i følgende eksempel:

”Jeg begyndte at indse, at alt, hvad jeg havde gjort frem til denne dag, ikke havde virket, så det fremstod logisk at gøre det modsatte. Jeg begyndte at reflektere og lave en kritisk analyse af, hvad der var sket.” (Romme og Escher, 2010, s. 157, l. 14-16)

9.1.4 Changing perspectives

Kategorien *changing perspectives* relaterer sig til en ændring af perspektiv i forhold til sig selv, sin sygdom og de symptomer man oplever. I denne forbindelse begynder mennesket via nye erfaringer, at se sin situation i et nyt lys. Dette vedrører blandt andet at opleve sine symptomer på en ny måde: *”Det, stemmen siger, har i tidens løb været uforandret, men det har måden, jeg forholder mig til den på ikke”* (Romme & Escher,

2010, s. 271, l. 3-4). Nedenstående citat illustrerer eksempelvis, at individet i flere opdager, at stemmerne ikke altid har ret i det de siger, eller at de selv kan opnå større kontrol over dem, end hidtil troet:

"De havde behov for, at jeg udførte opgaver og talte med bestemte mennesker. Uden mig var de magtesløse. Det var mig der havde magten. Det var en sand åbenbaring, og det blev begyndelsen på en rejse, hvor jeg tog magten tilbage." (Romme & Escher, 2010, s. 158, l. 4-7)

Changing perspectives relaterer sig i høj grad også til personens selvforståelse.

Herigennem finder mange, at de kan ting, som de ikke troede var mulige, såsom at nå små eller større mål og de finder at de har større styrke og flere ressourcer, end de var bevidste om. I denne forbindelse optræder også en forståelse af egen værdighed, og en oplevelse af at have kvaliteter og evner, som rækker udover sygdommen, som beskrevet i det følgende: *"I dag mener jeg, at det vigtigste er mit eget jeg. I dag er jeg for eksempel stolt af mig selv og kan rose mig selv. Sige til mig selv: "Det gjorde du godt." Det kunne jeg ikke før."* (Romme & Escher, 2010, s. 270, l. 35 – s. 271, l. 2)

At ændre sit perspektiv vedrører også oplevelsen af sig selv og sit miljø, Herved menes at individet begynder at ændre sit fokus, fra sig selv som værende "problemet", til at se på miljøet som en del af de faktorer, som bidrager til sygdommen.

Disse perspektivændringer foregår løbende og kan optræde som pludselige store "åbenbaringer", eller som meget små løbende ændringer i opfattelsen af sig selv, sin sygdom og sine omgivelser.

9.1.4.1 Making meaning

Underkategorien *making meaning* omhandler det, at mennesket søger at skabe mening og sammenhæng i sit liv, ved at ændre på sit perspektiv. Herunder at finde en mening med de oplevelser vedkommende har i forbindelse med sin sygdom, men også mellem sygdommen og de livserfaringer som personen har. Mange beskriver, at de med tiden begynder at skabe en sammenhæng mellem de oplevelser de har haft tidligere, med de oplevelser de har i forbindelse med psykotiske symptomer: *"På et tidspunkt begyndte det hele at hænge sammen. Kragerne, stemmerne, misbruget, alle var som brikker i et puslespil, som jeg var begyndt at sætte sammen."* (Romme & Escher, s. 148, l. 14-16)

Denne meningsdannelse synes, at have stor betydning for individets forståelse af sygdommen og sig selv. Herved forsøger vedkommende at finde en mening, som

forklarer hvordan eller hvorfor deres liv er, som det er nu. Forklaringerne kan både omhandle en overordnet forståelse af de sammenhænge, som er i vedkommendes liv, såsom at bestemte stressfulde perioder har udløst sygdommen, som følgende citat illustrerer:

”Jeg tror, at jeg selv har skabt stemmerne, fordi jeg havde brug for ikke at blive helt stresset. Spørg mig ikke hvordan jeg gjorde det. Jeg tror, at det var mit overlevelsesinstinkt. Denne forklaring er meget vigtig for mig. Den kvindelige psykiater, som har hjulet mig meget, accepterede også denne forklaring. De gjorde ingen af de 12 andre terapeuter.” (Romme & Escher, 2010, s. 261, l. 1-6)

Eller at symptomerne har helt bestemte budskaber, som kan være forankret i personen selv, såsom følelser som kommer til udtryk på denne måde.

At skabe mening omhandler det, at finde en mening med og indeni sig selv, som skaber meningsfulde sammenhænge i livet. I forlængelse heraf synes det mest betydningsfulde, at mennesket selv skaber denne mening og at meningen først og fremmest betyder noget for dem selv.

10. Diskussion

Diskussionsafsnittet indledes med et afsnit, som beskriver den systematiske litteratursøgning, der blev foretaget forud for diskussion af specialets resultater, samt en litteraturgennemgang af inkluderede artikler. Dernæst følger selve diskussionen af resultaterne og dermed den teori som er genereret gennem specialets undersøgelse. Afsnittet afsluttes med en diskussion af den anvendte metode og den metodologi, som ligger grund for undersøgelsen.

10.1 Litteratursøgning

Med henblik på at finde relevant litteratur, til at anvende i diskussionen af specialets resultater, foretog jeg en systematisk videnskabelig litteratursøgning. Denne blev udført i databaserne CINAHL, PsycINFO, The Cochrane Library og PubMed.

Formålet var at finde videnskabelige artikler, som beskæftigede sig med recovery processen. Udgangspunktet for søgningen var de sociale processer, som relaterer sig til recovery af svær psykisk sygdom, som de fremtræder i specialets teori.

Af hensyn til den kulturelle kontekst, som det empiriske datamateriale anvendt til undersøgelsen, udspringer fra, herunder Europa og USA, var et søgekriterium, at artiklerne skulle stamme fra vestlige lande eller lande med sammenligning kultur. Denne kulturelle afgrænsning synes ligeledes hensigtsmæssig, idet forståelsen af psykisk sygdom er varierende fra kultur til kultur (Sam & Moreira, 2002), hvorfor også mennesker med psykisk sygdoms oplevelse af og forventninger til recovery, må antages at kunne variere i betydelig grad.

Da recovery er et begreb, som særligt i de seneste årtier har været under udforskning og udvikling (Eplov et al., 2005; Wilken & Hollander, 2008) blev et yderligere søgekriterium bestemt til at være litteratur fra tidligst år 2000. På baggrund af de aldersgrupper, som indgår i specialets datamateriale, blev aldersgruppen endvidere begrænset til +18 år.

For at kunne anvendes til diskussion af specialets resultater, skulle de videnskabelige artikler omhandle recovery af svær psykisk sygdom, baseret på et brugerperspektiv, og have fokus på sociale processer som knytter sig hertil og/eller positive eller negative faktorer som kan have indflydelse på recovery.

Der blev ikke stillet krav til de specifikke definitioner af recovery, som undersøgelserne lænede sig op ad. Dog skulle de redegøre for på hvilken måde, man anså deltagerne for at være ”recovered”. Ligeledes blev der ikke sat krav til de anvendte forskningsmetoder eller til de videnskabelige paradigmer, som lå til baggrund for undersøgelserne, ligesom både kvantitative og kvalitative undersøgelser kunne inkluderes.

Søgningen blev indledningsvist foretaget i tre bloksøgninger (Buus et al., 2008). De tre bloksøgninger tog udgangspunkt i 1) recovery og ord som relaterer sig til dette, 2) patientgruppen, herunder mennesker med svær psykisk sygdom og 3) specialets resultater og i forlængelse heraf begreber og ord, som relaterer sig til teoriens kernekategori og kategorier.

Inklusionskriterierne var: Peer reviewed forskningsartikler med fokus på recoveryprocessen, udgivet ikke tidligere end år 2000, aldersgruppe +18 år, inkluderende deltagere med svær psykisk sygdom, herunder diagnoser indenfor skizofrenispektret, bipolar affektiv lidelse, svære depressioner, paranoid psykoser eller tilbagevendende psykoser. Derudover skulle artiklerne være engelsk-, norsk-, svensk- eller dansksproget.

Eksklusionskriterierne var: Forskningsartikler som var udført i ikke-vestlige lande, som ikke har kultur sammenligning med vestlig kultur. Undersøgelser som beskæftigede sig med specifikke behandlings outcome eller implementeringsstrategier. Nedenstående figur viser de søgeord, som blev valgt indenfor de tre bloksøgninger:

Recovery	Patientgruppe	Specialets teori
recover* OR recovery* OR recover process* OR remission* OR overcome* OR overcoming* OR survive* OR survivor* OR mastery* OR master*	severe mental disorder* OR severe mental illness* OR severe mental disease*	turning point* OR crossroad* OR choosing* OR awakening* OR social interaction* OR social relation* OR interaction* OR social influence* OR social network* OR support* OR guide* OR guiding* OR social surrounding* OR relation* OR actions OR acting* OR strategies* OR method* OR motivation* OR determination* OR goals* OR refocus* OR perspective* OR meaning* OR coherence* OR theory OR social* OR social theory* OR proces* OR phase* OR discourse* OR sociologic* OR model OR paradigm* OR empower* OR identity* OR mastery*

Figur 6 Anvendte søgeord i bloksøgninger

Søgeordene ”severe mental disorder* OR severe mental illness* OR severe mental disease*” blev bestemt til, at skulle være en del af artiklernes hovedemne. Derfor blev pågældende søgeord søgt under MeSH Major Topic i PubMed, under titel, abstract eller keyword i The Cochrane Library, samt under SU Subject Heading i PsycINFO.

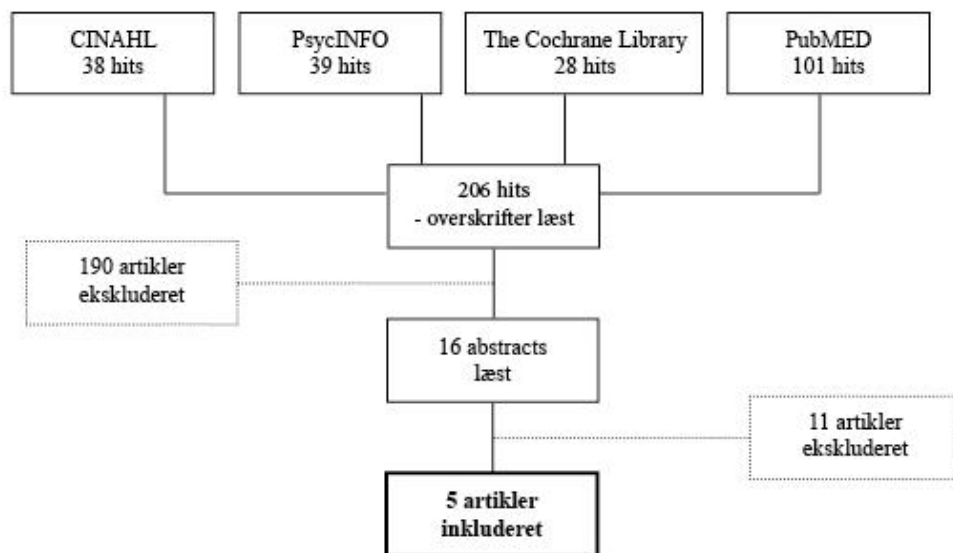
CINAHL foreslog ud fra søgeordene, at sætte ”mental disorder” som Major Heading, hvorfor denne indstilling blev anvendt. Bloksøgningerne blev kombineret ved, at anvende de respektive databasers redskaber til kombinationssøgning, eksempelvis ”S1 AND S2 AND S3” eller ”#1 AND #2 AND #3”.

Den kombinerede bloksøgning gav i alt 206 hits, fordelt på følgende databaser:

CINAHL: 38 hits. **PsycINFO:** 39 hits. **The Cochrane Library:** 28 hits. **PubMed:** 101 hits.

190 af disse blev ekskluderet ved læsning af overskrift. Heraf omhandlede 13 jobrehabilitering, 14 beskrev eller evaluerede sociale og politiske strategier indenfor

recovery eller psykisk sygdom. 11 havde fokus på plejepersonalets opfattelse af recovery, eller psykisk sygdom. 4 undersøgelser var udført i asiatiske lande, 1 artikel var skrevet på fransk, 19 artikler beskrev implementering af diverse behandlingsstrategier og interventionsmodeller. 57 artikler beskæftigede sig med effektevaluering af behandlingsprogrammer, interventioner og måling af outcome. 4 sammenlignede effekt hos patientgrupper, deriblandt retslige kontra ikke-retslige patienter og 68 artikler omhandlede andre emner, herunder andre patientgrupper såsom hjertepatienter, indsatte kriminelle, samt emner som religiøsitet, socioøkonomiske faktorer, psykofarmaka eller det at være pårørende til mennesker med psykisk sygdom. 16 artiklers abstracts blev efterfølgende gennemlæst. Af disse blev 11 artikler ekskluderet på baggrund af fokusområde, herunder havde 2 artikler udelukkende fokus på den del af recoverybegrebet som indbefatter social inklusion, 1 artikel omhandlede sammenhængen mellem oplevelse af recovery og grad af social inklusion, målt ud fra skalaer. 4 artikler havde fokus på pårørendes oplevelse af psykisk sygdom, og 4 artikler drejede sig om specifikke interventionsstrategier. Således blev 5 artikler inkluderet, som datamateriale til diskussion af specialets resultater. Søgningen illustreres samlet i nedenstående flowchart.



Figur 7 Flowchart over litteratursøgning

Artiklerne blev vurderet ud fra Malteruds (2001) guidelines til vurdering af kvalitative artikler. Til at vurdere kvalitative forskningsartiklers validitet, foreslår Malterud en guideline, som indbefatter spørgsmål til hele undersøgelsens udformning, herunder blandt andet, hvorvidt undersøgelsesspørgsmålet er relevant og klart beskrevet, om forskernes motiver, baggrunde, perspektiver og deres indflydelse på undersøgelsen er berørt og hvorvidt der er handlet på disse. Ligeledes indgår uddybende vurderinger af undersøgelsens metode, dataindsamling, analyseproces, resultater, diskussion af intern og ekstern validitet, fremstilling og referencer (Malterud, 2001).

Alle inkluderede artikler, blev vurderet til at møde de foreslåede kvalitetskrav i Malteruds guidelines, hvorfor ingen blev ekskluderet på denne baggrund.

Hvad der karakteriserer de 5 inkluderede artikler, vil kort blive beskrevet i næstkommende afsnit. For at nuancere og kvalificere diskussionen af resultaterne yderligere og bidrage med anden relevant litteratur, blev litteratursøgningen suppleret med øvrig relevant faglitteratur, fundet via bibliotek.dk og kædesøgninger via referencelister.

10.1.1 Litteraturgennemgang

De fem inkluderede artikler bestod af:

- 1) En svensk forskningsartikel, som beskriver en grounded theory undersøgelse af, hvorledes mænd og kvinder skaber mening omkring svær psykisk sygdom. Den identificerede kernekategori var *reasons for illness*, som omhandler menneskenes subjektive og individuelle forståelse og forklaring af sygdomsårsagen. Der blev endvidere identificeret fire forskellige adfærdsmønstre og attituder overfor sygdommen, hvoraf tre af var fordrende for at skabe et bedre liv (Schön, 2009).
- 2) En australsk artikel som omhandler en grounded theory undersøgelse af brugeres perspektiv på recovery af svær psykisk sygdom. I artiklen beskrives, at recovery er en tre-faset process, som vedrører at komme sig over tab i biomedicinske, psykologiske og/eller sociale dimensioner. Endvidere findes, at recovery, blandt andet, faciliteres af indre personlige faktorer, såsom spiritualitet og positiv tilbagetrækning. Derudover af ydre faktorer som positive sociale relationer og støtte (Henderson, 2011).
- 3) Et svensk studie som, med en grounded theory analyse, har undersøgt, hvilke faktorer mennesker finder positive og fremmende for recovery, samt hvad der karakteriserer

dem. Den identificerede kernekategori var *recovering through a social proces*, som understreger sociale relationer, som afgørende for recovery af svær psykisk sygdom. Ydermere fandtes der tre overlappende dimensioner, som ligeledes har afgørende indflydelse på recovery. Herunder *the social self*, som relaterer sig til at finde kvaliteter og ressourcer inde i sig selv. *Social interventions* som knytter sig til positive relationer og interventioner i forbindelse med psykiatrisk regi, social service og selvhjælpsgrupper. Samt *connection to others* hvilken relaterer sig til, menneskenes forbindelse til andre mennesker og herved at modtage og give støtte (Schön, Denhov & Topor, 2009).

4) En norsk forskningsartikel som med en fænomenologisk analyse, har undersøgt recovery i en hverdagskontekst. Her blev fire områder af hverdagsoplevelser af recovery identificeret. Herunder *having a normal life, just doing it, making life easie* og *being good to yourself*. I artiklen konkluderes, at recovery udfolder sig i konteksten af ”normale” miljøer og aktiviteter, som indbefatter relationer udenfor psykiatriske sammenhænge, almindelige dagligdagsaktiviteter såsom at handle ind, hente børn m.m., samt at omgivelserne fortsat har forventninger til mennesket, som ikke er farvet af sygdom og behandling (Borg & Davidson, 2008).

5) En fænomenologisk undersøgelse fra USA, som har undersøgt hvad der karakteriserer relationer, som faciliterer recoveryprocessen. Her fandtes omsorgsfuld og respektfuld kommunikation, adgang til ressourcer og netværk, tålmodighed, viden og gensidighed, som vigtige aspekter i recoveryorienterede relationer (Anthony, 2008). Med undtagelse af sidstnævnte artikel, som benyttede sig af Libermans (2002) definition af recovery, var fælles for alle undersøgelserne, at et inklusionskriterium var, at deltagerne måtte anse sig selv, som værende recovered, hvorfor man i artiklerne ikke skelner mellem social eller klinisk recovery. I alle undersøgelser er inkluderet både mænd og kvinder og varierende aldersgrupper. Dog alle +18. (Anthony, 2008; Schön, 2009; Schön, Denhov & Topor, 2009; Borg & Davidson, 2008; Henderson, 2011).

10.2 Resultater

Borg & Davidson (2008) formulerer i deres artikel: *”initiating recovery seems to be experienced as a somewhat desperate effort to break out of a cycle of recurrent problems associated with mental illness, like hearing voices, losing touch with friends,*

or being preoccupied by worries". Dette perspektiv er i høj grad sammenligneligt med kategorien *standing at crossroads*. Ligeledes finder Topor (2003) at recoveryprocessen synes, at udspringe fra et tidspunkt hvorpå det er nødvendigt træffe en beslutning for fremtiden. Resultater som disse peger på, at ydre omstændigheder kan igangsætte et ønske om forandring, men at selve recoveryprocessen initieres indefra individet selv, idet vedkommende står overfor selv at måtte træffe en beslutning for fremtiden, hvilket er overensstemmende med specialets teori. Imidlertid har andre studier fundet, at recoveryprocessen kan igangsættes ved flere forskellige udefrakommende hændelser. Blandt andet beskrives tilfældige møder med andre mennesker, som inspirerer og indgyder håb for, at det er muligt at komme sig, eller at opdage ny viden, som ændrer vedkommendes perspektiv på sin sygdom. Ligeledes bliver det, at blive sat i forbindelse med nye netværk, eller modtage en ny behandlingsmetode, nævnt som vendepunkter der kan igangsætte recoveryprocessen (Ridgway, 2001; Onken et al., 2007)). Fælles for disse studiers beskrivelser af vendepunkter er, at de kan optræde tilfældigt og på tidspunkter, hvorpå vedkommende end ikke har overvejet at forandring er muligt. Wilken & Hollander (2008) er ligeledes af den overbevisning at vendepunkter, som er markeret af mere eller mindre identificerbare hændelser i menneskets liv, kan føre til et initiativ og en aktiv handlen mod recovery. Med dette udgangspunkt skal mennesket altså ikke nødvendigvis nå en skillevej og et indefra kommende initiativ om at komme sig, men initiativet kan også igangsættes af omgivelserne og optræde mere eller mindre tilfældigt. Alligevel omtaler Wilken & Hollander (2008) *følsomheden for forandring*, som en afgørende betingelse i recovery. Herved forstås, at kun såfremt mennesket er følsom overfor bestemte hændelser, som kan optræde som vendepunkter, kan de føre til forandring og igangsætte en recoveryproces. Anthony et al. (2002) omtaler ligeledes *parathed* og i denne forbindelse, at mennesket må være parat til at tage et skridt mod forandring. Denne parathed kan dannes af flere forskellige faktorer, såsom håb, spiritualitet og forskellige former for autonomi og viljestyrke (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002). Der er altså varierende opfattelser af, hvad som initierer en recoveryproces. Herunder om det er en intrapersonel proces, der, som specialets teori indikerer, begynder med et ønske og en beslutning, som primært kommer indefra mennesket selv. Eller om den kan igangsættes udefra og tilfældigt, dog med den betingelse at vedkommende er følsom overfor forandringer og de hændelser, som optræder på daværende tidspunkt.

Med udgangspunkt i kernekategorien *interaction determined direction choosing*, synes recovery af svær psykisk sygdom, at være forankret i sociale interaktioner med andre mennesker. Schön, Denhov & Topor (2009) har i et stort kvalitativt studie påvist lignende resultater, i hvilke sociale relationer beskrives som en afgørende nøgelfaktor i recovery af svær psykisk sygdom. Resultaterne indikerer, at mennesker med psykisk sygdom selv optræder som den drivende kraft i recovery, men at de personer, som omgiver dem, spiller en væsentlig og afgørende rolle i processen. I forlængelse heraf nævnes personer i det uformelle netværk, såsom familie og venner, at have været af yderste vigtighed for deres recovery (Schön, Denhov & Topor, 2009).

At sociale interaktioner med andre mennesker er afgørende for recoveryprocessen, optræder i adskillelige undersøgelser om emnet (Topor, 2003, Henderson, 2011; Ridgway, 2001; Borg & Kristiansen, 2004; Manicini, Hardiman & Lawson, 2005, Pitt & Kilbride, 2006). Anthony (2008) har undersøgt hvad der kan karakterisere de relationer, som synes at facilitere recovery ved svær psykisk sygdom. I denne forbindelse beskrives egenskaber som oprigtighed og partnerskab. De relationer som i højeste grad havde bidraget til deltagernes recovery, havde været præget af et ligeværdigt partnerskab, i hvilket mennesket med psykisk sygdom blev hørt og deres ønsker for behandling taget alvorligt. Denne egenskab knyttede sig specielt til de professionelle relationer, som havde en positiv indflydelse. Tålmodighed og tro på at vedkommende kunne komme sig, relaterede sig til alle former for sociale relationer, som bidroede positivt, herunder både sundhedsprofessionelle, familie og venner (Anthony, 2008). Lignede fund beskrives af Borg & Davidson (2008) som fandt, at positive forventninger samt omgivelsernes tro på evnen til at komme sig var særligt tilskyndende i deltagernes recoveryproces. I studiet beskrev deltagerne, at sundhedsprofessionelle, som lyttede og syntes at have en oprigtig interesse i dem som mennesker, fremfor deres sygdom og symptomer, var særligt højt prissat og fordrende for recovery. Et lignende studie, har udforsket relationer mellem sundhedsprofessionelle og patienter i psykiatrisk regi. Her fandt man at naturen og kvaliteten af den relation, som er mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, var af afgørende betydning, fremfor den egentlige behandlingsintervention, som tilbydes patienten. Det var i højere grad de sundhedsprofessionelles personlige tilgang og perspektiv, som kunne have en fordrende effekt for recoveryprocessen, mens egentlige handlingstiltag blev opfattet som mindre væsentlige (Shön, Denhov & Topor, 2009).

Baseret på specialets teori, samt adskillige andre undersøgelseres resultater, synes der altså at være et stærkt belæg for, at recovery af svær psykisk sygdom er en proces, som foregår i og mellem de sociale processer, som omgiver mennesket. Andre mennesker og interaktionerne mellem dem og mennesket med psykisk sygdom, er en grundlæggende basal proces, og en betingelse for recovery af svær psykisk sygdom.

De sociale interaktioner må være baseret på kvaliteter som relaterer sig til håb, oprigtighed, tillid, ligeværdighed og gensidig kommunikation. Negative interaktioner med andre mennesker, såsom paternalisme, eller nedladende attituder, er i nogle sammenhænge beskrevet som incitament til aktive handlinger, som kan føre til recovery. Dette ved at vække en form for vilje og et ønske om at bevise sit værd (Henderson, 2011). I de allerfleste tilfælde optræder sådanne interaktioner dog hæmmende for menneskets recovery og kan demotivere og fratage mennesket håb og vilje til at handle (Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005; Pitt & Kilbride, 2006).

Mancini, Hardiman & Lawson (2005) finder at bevægelsen fra en sygdomsdomineret identitet, til en identitet præget af normalitet og mening, er hjertet i recoveryprocessen. Dette ses også af Ridgway (2001) samt Pitt & Kilbride (2006), som finder genopbygningen af ”selvet” og det at genvinde en positiv selvopfattelse, der ikke er defineret af psykiatriske diagnoser, som en væsentlig og betydningsfuld faktor for recovery. I alle tre undersøgelser er sociale interaktioner og kvaliteten heraf, en vigtig faktor i at genvinde sin egen identitet og en positiv selvopfattelse. Dette ses også i kategorien *changing perspectives*, som relaterer sig til en ændring af perspektiv og opfattelsen af både sig selv og sygdommen. Heraf kan udledes, at de sociale omgivers rolle knytter sig til menneskets selvforståelse og identitetsdannelse.

Netværket fungerer på denne måde som en katalysator for, at mennesker med psykisk sygdom, kan omdefinere sig selv og finde eller skabe den mening, som sygdommen har for dem. De sociale omgivelser, såsom familie, venner og sundhedsprofessionelles opfattelse og indstilling til mennesker med psykisk sygdom, har således en meget væsentlig indflydelse på hvorvidt det kan lykkes et menneske, at skabe en positiv identitet og selvopfattelse. Med reference til recovery's semantiske betydning, som omhandler det at ”genoprette” eller ”genvinde”, kan man, set i lyset af ovenstående, måske snarere tale om recoveryprocessen, som en kobling mellem genskabelse og nyskabelse.

Behandlingspsykiatriens rolle i menneskers recoveryproces, synes at spille en meget varierende rolle. I flere tilfælde beskrives at psykiatrisk behandling og indlæggelser har haft en direkte negativ indflydelse på vedkommendes liv og recoveryproces, mens andre har fundet det hjælpsomt undervejs i sygdomsforløbet og i recoveryprocessen (Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005; Pitt & Kilbride, 2006). Dette gør sig ligeledes gældende i forbindelse med medicinsk behandling. Her finder nogen at medicin er en uundværlig del af de faktorer, som har bidraget til recovery, mens andre beskriver, at medicin ikke har haft nogen effekt, har sløvet dem og forhindret recovery, eller har været virksomt i en periode, for derefter at være en hindrende faktor (Ridgway, 2001; Romme & Escher, 2010). Mancini, Hardiman & Lawson (2005) beskriver at mange deltagere i deres studie, oplevede at de psykiatriske diagnoser, behandlinger og de budskaber som de modtog i denne forbindelse, optrådte som demoraliserende faktorer, som fjernede dem fra sig selv og skabte en sygdomsdomineret identitet. Negative oplevelser med behandlingspsykiatrien, kan ligeledes findes i danske patientfortællinger. I disse kan også findes eksempler på, at tilgangen og behandlingen af mennesker med svær psykisk sygdom, kan have en hæmmende indflydelse på recoveryprocessen (Eplow et al., 2010). På trods af dette, nævnes sundhedsprofessionelle såsom psykiatere og sygeplejersker, i adskillige recoveryhistorier, som personer der har haft en betydningsfuld rolle, for vedkommendes recovery. I denne forbindelse beskrives særligt deres personlige tilgang til patienter, men også tilfælde hvor den sundhedsprofessionelle har sat vedkommende i kontakt med alternative netværk og behandlingsmetoder, som har haft en afgørende hjælpsom indflydelse (Romme & Escher, 2010; Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005) Psykiatriske sygeplejerskers indflydelse på recovery af svær psykisk sygdom, kan således være af både fremmende og hæmmende natur. Set i lyset af specialets resultater, som indikerer at bestemte sociale processer, relaterer sig til recoveryprocessen, synes det væsentlig at den psykiatriske sygepleje baseres på indgående viden om recovery og de processer, som knytter sig hertil. Herunder også de motivationsfaktorer som i flere undersøgelser er identificeret, som havende afgørende betydning for menneskers evne og vilje til forandring, som eksempelvis håb og en tro på evnerne til at komme sig (Ridgway, 2001; Wilken & Hollander, 2008; Pitt & Kilbride, 2006; Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005).

Specialets teori indikerer, at der findes grundlæggende fællestræk i de recoveryprocesser, som mennesker, der er kommet sig over psykisk sygdom,

gennemgår. Alligevel er disse processer så individuelle, personlige og komplekse, at det synes umuligt at generalisere dem. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at den psykiatriske sygepleje kan tilrettelægges med et recoveryorienteret perspektiv, ved at tage udgangspunkt i det enkelte menneskes forståelse af sin sygdom, sig selv og deres ønsker for behandling. Herudover må en recoveryorienteret sygepleje være grundfæstet i den forståelse, at det er interaktionen mellem patienten og dennes sociale omgivelser, herunder de sundhedsprofessionelle, som skaber vilkårene for recovery.

Sociale processer, såsom interaktioner med andre mennesker og relationers indflydelse på recovery, synes ligeledes at have indflydelse på andre patientgrupper. Mengshoel & Heggen (2004) har undersøgt recovery af fibromyalgi og de afgørende faktorer, som knytter sig hertil. I undersøgelsen fandt de, at nye fortolkninger af sygdommen og inddragelse af strategier, som relaterede sig til at mestre sygdommen og symptomer, optrådte som fremmede faktorer. Ligeledes var en afgørende faktor at bryde ud af sygdomsrollen, samt at have sociale obligationer og relationer, som man ønskede at bevare og leve op til (Mengshoel & Heggen, 2004). I undersøgelsen ses altså fund, som refererer til samme sociale processer, som findes i recovery af svær psykisk sygdom. Herunder ændring af fokus og perspektiv, ændring af bevidste strategier samt sociale relationers betydning for at komme sig over sygdom. Lignende fund ses endvidere i forbindelse med andre alvorlige sygdomme, som kræft og koronararteriesygdom, hvor det sociale netværks betydning for den enkeltes evne til at komme sig, er dokumenteret (Spiegel & Diamond, 2001; Wang, Mittleman, & Orth-Gomer, 2005). Sådanne sammenligninger indikerer, at dele af de sociale processer, som er identificeret i specialets teori, samt i lignende undersøgelser, ikke nødvendigvis relaterer sig udelukkende til recovery af svær psykisk sygdom, men ligeledes kan optræde som basale sociale processer i forbindelse med, at komme sig over andre sygdomme.

10.3 Metodologi og metode

For at vurdere validitet og kvaliteten af specialets teori, er Glaser og Strauss' oprindelige kriterier *fit*, *work*, *relevance* og *modifiability* anvendt. Kriteret *fit* relaterer sig til, at teorien skal korrespondere med det, den handler om. Hermed menes at teorien skal udspringe fra data, og ikke fra et på forhånd fastsat teoretisk perspektiv. *Work* betyder, at teorien skal forklare de sociale processer, som er undersøgt på en måde,

således at den også giver mulighed for prædiktioner. *Relevance* indbefatter at teorien må være relevant for det område som undersøges. *Modifiability* omhandler, at teorien skal være modificérbar og kunne udvikles og kvalificeres yderligere, på baggrund af udviklingen af nyere data (Glaser & Strauss, 1967). Disse fire kriterier er tæt sammenhængende og Lomborg & Kirkevold (2003) argumenterer for, at kriteriet *fit* danner grundlaget for de øvrige kriterier.

Grounded theory blev udviklet som en metode, der udsprang fra en realistisk postpositivistisk position. Hermed tog man udgangspunkt i, at en teori så at sige findes "derude" som en sandhed, og teorigenererende forskningsmetode, som grounded theory, er en disciplin med hvilken man forsøger at komme så tæt på som muligt og forklare denne sandhed (Guvå & Hylander, 2005). Siden da har metoden udviklet sig i flere forskellige retninger, og i forlængelse heraf er postmoderne og konstruktivistiske versioner af metoden med iboende nonrealistiske fortolkninger af sandhed og virkelighed vundet frem (Lomborg & Kirkevold, 2003). Der knytter sig således meget forskellige opfattelser af, hvorvidt der findes en objektiv sandhed eller ej, til de forskellige udlægninger af metoden.

I specialet anvendes Strauss og Corbins anvisninger til åben kodning, aksial kodning, selektiv kodning og teoretisk sampling. Denne udlægning af grounded theory er blevet placeret i flere forskellige videnskabsteoretiske retninger, men vurderes oftest til at følge et konstruktivistisk spor (Guvå & Hylander, 2005; Lomborg, 2005). Imidlertid placerer Charmaz (2000) Strauss og Corbins tilgang indenfor den postpositivistiske position, og finder den særligt tvetydig, idet den bevæger sig mellem objektivistiske og konstruktivistiske antagelser. De videnskabsteoretiske uklarheder, som knytter sig til metoden, skaber visse problematikker i forbindelse med validitetsvurderingen ud fra kriteriet *fit*, og dermed hvorledes teorien kan kritiseres. Dette på baggrund af at kriteriets betydning og hvad det er teorien skal korrespondere med, herunder den påståede virkelighed eller de specifikke områder som sammen med forskeren konstrueres i et socialt samspil, bliver uklart (Lomborg & Kirkevold, 2003; Lomborg, 2005).

Lomborg & Kirkevold (2003) har drøftet denne problematik og søgt at afdække hvorledes kriteriet *fit*, kan anvendes og med hvilken forståelse. I denne forbindelse argumenterer de, med udgangspunkt i John Searles analyse af en konstruktion af den sociale virkelighed, for en position som anerkender, at den sociale virkelighed er

konstrueret, men samtidig fastholder en realistisk grund. Denne position medfører, at validitetsvurderingen af en teori, relaterer sig til hvorvidt teorien korresponderer med de processer der undersøges, i det felt de undersøges i. I forlængelse heraf er *fit* en måde hvorpå denne overensstemmelse kan afdækkes, og kriteriet tjener det formål, at muliggøre en brugbar ekstern validering af forskning i sociale processer (Lomborg & Kirkevold, 2003).

I specialet er kriteriet *fit* reguleret og forsøgt opnået igennem hele dataindsamlings-, analyse- samt teorigenereringsprocessen. Dette ved først at tage udgangspunkt i patienters subjektive fortællinger om deres oplevelse med recoveryprocessen, således at undersøgelsen så vidt muligt foregår i deres ”naturlige miljø”. Idet analysen er baseret på 19 patientfortællinger kan det med rimelighed antages, at det empiriske materiale hviler på forskningsfeltets egne oplevelser og erfaringer, og er således ikke styret af et overordnet teoretisk perspektiv. I denne sammenhæng må dog nævnes, at fortællingerne er indsamlet igennem forbindelser til forskellige stemmehører-netværk, og er skabt i en blanding af interview og subjektive beskrivelser. Dette betyder, at samtlige personer som har bidraget til fortællingerne, før eller siden har haft kontakt til et sådan stemmehørernetværk. På denne baggrund kan deres oplevelser muligvis adskille sig fra andre, idet deres kontakt til stemmehørernetværkene og de eventuelle interventioner, de kan have modtaget derigennem, kan have en væsentlig indflydelse på deres viden om og holdning til svær psykisk sygdom og recovery. Ligeledes har det faktum, at en del af de anvendte patienthistorier, hviler på delvis fortælling og delvis interview, indflydelse på i hvilken grad det kan siges, at dataindsamlingen rent faktisk udspringer fra forskningsfeltets ”naturlige miljø”. Med udgangspunkt i Lomborg & Kirkevolds (2003) udlægning af forståelsen af kriteriet *fit*, er miljøet og således det som teorien korresponderer med, herved under påvirkning af tilstedeværende interviewere og interview spørgsmål. Ydermere består datamaterialet af retrospektive beskrivelser, hvilke kan være farvet af deltagernes egne efterfortolkninger og ræsonnementer, skabt undervejs i recoveryprocessen og i efterforløbet (Polit & Beck, 2010).

Som psykiatrisk sygeplejerske har jeg naturligvis ikke kunnet gå ind i feltet, uden at besidde en vis form for viden og antagelser omkring mennesker med svær psykisk sygdom, ligesom jeg har haft kendskab til recoveryprocessen og forskning indenfor området. Ved at anvende Strauss og Corbins analysetrin stringent, har jeg ladet de

empiriske data talt for sig selv, således at mine egne forudsætninger har haft mindst mulig indflydelse på analyseprocessen.

Efterhånden som koncepter og kategorier identificeres i materialet, opnår forskeren dog en teoretisk følsomhed (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998). Denne vil, eventuelt kombineret med en mulig baggrundsviden (Glaser & Strauss, 1967), være styrende for videre teoretisk sampling, hvilket også gjorde sig gældende i den aktuelle analyseproces. I denne fase blev to videnskabelige artikler samlet, med udgangspunkt i kernekategorien *interaction determined direction choosing*, samt kategorien *standing at crossroads*. Pågældende artikler blev ligeledes analyseret ved anvendelsen af Strauss og Corbins tre analysetrin, således at analysen forblev funderet i det empiriske materiale. Det påpeges at adskillelige andre undersøgelser, som beskrevet i resultatdiskussionen, bekræfter teoriens kategorier og i særdeleshed kernekategorien, som indikerer at de sociale interaktioner er af afgørende betydning for recovery. Dog med undtagelse af kategorien *standing at crossroads*, som relaterer sig til begyndelsen af recoveryprocessen, omkring hvilken der synes at være varierende resultater og beskrivelser.

Kriteriet *work* kræver, at teorien skal kunne forklare og forudsige, de sociale processer som udspiller sig i det undersøgte felt. For at teste dette, kan man med fordel præsentere teorien for andre mennesker med nuværende eller tidligere svær psykisk sygdom, som har opnået klinisk- eller social recovery, og således lade det være op til forskningsfeltet, at bedømme hvorvidt teorien forklarer og kan prædikere recoveryprocessen. Dette er ikke blevet udført i praksis, idet det ikke var muligt, at finde mennesker med svær psykisk sygdom, som er kommet sig, samt præsentere dem for teorien, indenfor den givne tidsramme. Teorien er dog præsenteret for og diskuteret med seniorforsker ved Kompetencecenter for Rehabilitering, Recovery & Shared Care, Lisa Korsbek, som bekræfter at teorien forklarer og kan anvendes til at forudsige, det som sker i en recoveryproces.

Det tredje kriterium *relevance* opnås til dels, idet teorien møder kriteriet *fit*. Herved forstås, at såfremt teorien udspringer fra forskningsfeltets egne oplevelser og erfaringer omkring det, at komme sig over svær psykisk sygdom, må den således også have en relevans for dem som undersøges. I nærværende speciale vil teorien, såfremt den udvikles og kvalificeres yderligere, kunne anvendes med det formål at forstå hvilke sociale processer, som relaterer sig til recovery, og derved også kunne bidrage til at

understøtte og facilitere disse processer, med henblik på at fordre recovery. Således synes det rimeligt at antage, at teorien er relevant for forskningsfeltet.

Det sidste kriterium *modifiability*, som kræver at teorien skal kunne modificeres og kvalificeres, efterhånden som ny data indsamles og bidrager med ny viden som kræver en ændring af teorien, er i høj grad mødt. I denne henseende må den teoretiske mætning, som en grounded theory skal opnå, omtales. Specialets teori kan ikke siges, at have opnået teoretisk mætning. At opnå teoretisk mætning indenfor specialets tidsramme har vist sig uladsiggørligt, idet anvendelsen af analyseprocedurerne indenfor metoden, i sig selv er et omfattende og tidskrævende proces. Hertil kommer omfattende teoretiske samplinger, som skal sikre at alle kategorier er mættede og bidrage til at variere og nuancere kategorierne.

En teori, som er funderet i empirisk data og ”fits” forskningsfeltet, vil dog, trods omfattende teoretiske samplinger og begrebsmæssig mætning, altid med tiden kunne og skulle modificeres. Dette idet forskningen, med udgangspunkt i en konstruktivistisk og symbolsk interaktionistisk tankegang, således repræsenterer et bestemt område, på et bestemt tidspunkt, som med tiden vil forandres på baggrund af omgivelsernes forandring. Ligeledes vil en eventuel ændring af praksis, på baggrund af forskningsresultater, i sig selv skabe kunne skabe en ændring af de betingelser, som teorien hviler på (Guvå & Hylander, 2005; Glaser & Strauss, 1967; Blumer, 1998). Forslag til den videre udvikling af teorien vil være, at lave teoretiske samplinger med udgangspunkt i samtlige kategorier. Herunder kan nævnes andre videnskabelige undersøgelser, samt at udføre interviews af personer som er kommet sig over svær psykisk sygdom. På baggrund af kernekategorien, kunne eksempler på teoretiske samplinger også indbefatte sammenligninger med statistikker som vedrører klinisk- og/eller social recovery, fra lande og samfund som har tradition for ekskludere mennesker med svær psykisk sygdom fra sociale sammenhænge. Derudover at undersøge hvordan og om, det sociale netværk til mennesker, som ikke har opnået recovery, adskiller sig fra det sociale netværk til dem som har.

Både Glaser & Strauss (1967) samt Strauss & Corbin (1998) nævner generaliserbarhed i forbindelse med grounded theory. I begge sammenhænge argumenteres der dog for, at generaliserbarhed, i stedet for, som i sin traditionelle betydning relateret til forskning, i højere grad forstås som teoriens ”forklaringskraft”. Hermed menes at de begreber som er skabt i forbindelse med teoriens kategorier, varieres i så høj grad som muligt, via

teoretiske samlinger og om muligt skaber en formel teori, eller en generel substantiv teori. Begrebsmæssige variationer er, at undersøge eksempelvis kategorien *standing at crossroads*, i andre overordnede sammenhænge. I denne forbindelse kan data om det, at stå overfor at skulle skabe forandring, inddrages. Ikke blot i forbindelse med sygdom, men også i andre af livets aspekter, såsom skilsmisse og lignende hændelser, hvor et menneske skal ”komme sig”. På denne måde kan teorien, generaliseres ved hjælp af begrebsmæssige variationer. I nærværende speciale er der begrænsede begrebsmæssige variationer, idet data udelukkende omhandler recovery i forbindelse med svær psykisk sygdom. Teorien er således en mindre generel substantiv teori, som er afgrænset til et bestemt forskningsfelt (Hartman, 2005).

11. Konklusion

I specialets teori indikeres, at de sociale processer som relaterer sig til recovery af svær psykisk sygdom, består af kernekategorien *interaction determined direction choosing*, samt kategorierne *standing at crossroads*, *taking action* og *changing perspectives*. Disse identificerede sociale processer lader til at være i konstant vekselvirkning med hinanden. Derudover synes sociale interaktioner, at være den grundlæggende og afgørende betingelse for recovery.

Således er der potentiale for, at den psykiatriske sygepleje, kan tage udgangspunkt i viden om recovery og tilrettelægges med det formål, at støtte pågældende processer. I kraft af specialets teori, samt lignende forskning på området, indikeres at recovery af svær psykisk sygdom, har overordnede fællestræk, som i praksis kan identificeres og støttes. Eksempelvis ved at tilbyde oprigtig og ligeværdig støtte, samt at lytte til patientens ønsker og mål for fremtiden, i planlægningen af pleje og behandling. Samtidig synes recovery at være så unik og individuel, at det kan være umuligt, at give forslag til helt konkrete handlingsanvisninger. En recoveryorienteret sygepleje, må i dette lys først og fremmest hvile på grundlæggende værdier, som bringer patientens hele person, ønsker og mål i fokus. Ligeledes må det sociale miljø, både familie, venner og sundhedsprofessionelle, som omgiver patienten, inddrages og bruges målrettet i den psykiatriske pleje og behandling.

I nærværende speciale er der ikke opnået teoretisk mætning, og den generede teori er således endnu ikke tilstrækkeligt veludviklet og kvalificeret. Dog ses lignende resultater

i andre undersøgelser om emnet, hvorfor der synes at være grundlag for et videre arbejde, med henblik på udvikling af teorien.

12. Perspektivering

Som beskrevet er de sociale processer, som knytter sig til recovery af psykisk sygdom mulige at identificere og forklare i et overordnet perspektiv. Den genererede teori kan således anvendes, i udarbejdelsen af en recoveryorienteret sygeplejepraksis. Helt konkret kan dette indebære, sygeplejersker, gøres i stand til at identificere de sociale processer, som mennesket befinder sig i under recovery, herunder at stå ved en skillevej eller ændre perspektiv og selvforståelse. På baggrund deraf kan udvikles strategier, som retter sig specifikt mod at støtte disse processer.

På baggrund af de mange personlige faktorer som knytter sig til processen, såsom det sociale netværk, individets selvforståelse, oplevelse af sygdom, at finde mening og forklaringer, som giver mening for vedkommende selv, synes processen alligevel, at være af så kompleks natur at det kan være umuligt, at give forslag til helt konkrete handlingsanvisninger. Først og fremmest må der fokuseres på recoveryorientering i psykiatrisk regi, som en kultur, der må ligge til grund for praksis. I relation til specialets teori må der i den psykiatriske sygepleje, lægges stor vægt på menneskets sociale relationer, samt de interaktioner som optræder mellem vedkommende og de sundhedsprofessionelle. Ligeledes synes det hensigtsmæssigt at mennesket støttes i sine beslutninger, og anerkendes i de behandlingsstrategier, som det selv finder meningsfulde at indgå i og anvende.

Eplov et al. (2010) foreslår fire gennemgående værdier, som kan forbindes med en recoveryorienteret kultur: 1) *fokus på individet*, herunder at fagfolk udtrykker interesse for mennesket som person, og ikke blot som patient, samt at der fokuseres på at fremme adgang til ressourcer og miljøer udenfor psykiatrisk regi, i hvilket mennesket får mulighed for at indgå i værdifulde sociale relationer. 2) *Brugerinvolvering*, herunder at mennesket får mulighed for at deltage i planlægningen og udførelsen af de indsatser, som de tilbydes. I forbindelse med brugerinvolvering nævnes også ansættelse af medarbejdere med brugererfaring, som et vigtigt element i udviklingen i recoveryorienterede tilbud. 3) *Selvbestemmelse/valg*, som anses som en af hjørnestenene i recovery. I denne forbindelse at vedkommende hjælpes til at generobre et liv som er

meningsfyldt for dem, ved at understøtte vedkommende i at træffe egne beslutninger for hvilke langsigtede mål der skal sættes for behandlingen, og støtte dem i at nå dem. 4) *Mulighed for vækst/håb*. At skabe håb for fremtiden ved at fagfolk, sammen med patienten, har ambitioner for vedkommendes fremtid, som de sammen arbejder hen imod. Her argumenteres for, at behandlingsindsatser, som fokuserer på vedligeholdelse og undgåelse af tilbagefald ikke er recoveryorienterede. I forlængelse heraf må sundhedsprofessionelle have tålmodighed og forståelse for, at recovery af svær psykisk sygdom kan være en langvarig proces, med perioder af tilbagefald og stilstand (Epløv et al., 2010).

Selvom indgående evidensbaseret viden om recovery af svær psykisk sygdom er til stede, synes det at være en vanskelig opgave at implementere en recoveryorienteret tilgang. Indførelsen af kulturen er langsigtet og kræver at arbejdet gribes an på flere niveauer. Dette med en klar overordnet opfattelse og konsekvent implementeringsstrategi fra alle ledelsesniveauer, samt en forpligtelse til udvikling af kulturen, fra såvel politisk som sundhedsprofessionelles side (Epløv et al., 2010; Wilken & Hollander, 2008). I Danmark er der igangsat forskellige initiativer, siden folketinget i 2001 opfordrede regeringen til, at tage initiativ til forsøg hvor recoveryperspektivet blev sat i centrum (Jensen et al., 2004). Blandt andet har Aarhus Kommune vedtaget, at tilgangen skal indføres i de socialpsykiatriske tilbud og arbejder målrettet med indførelsen af dette. Ligeledes har kommunen oprettet et initiativ kaldet RecoveryDK, som ligger under Center for Socialfaglig Udvikling, som tilbyder recovery-screening af organisationer med henblik på at vurdere graden af recoveryorienteret kultur i praksisen. Derudover tilbydes konsulentbistand til implementering af recoveryorienterede tiltag, samt undervisning omkring recovery i teori og praksis (RecoveryDK, 2012). Senest har Region Hovedstadens Psykiatri og Det Sociale Netværk i maj 2012, sammen afholdt konferencen "Et skridt videre – konference om rehabilitering og recovery". Formålet var at inspirere til en forening af en videnskabelig- og recoveryorienteret tilgang i behandlingen af psykisk sygdom. Ved konferencen deltog både psykiatrisk plejepersonale, psykiatere, brugerbevægelser og forskere indenfor området (RHP, 2012). Trods initiativer til indførelsen af recoveryorienterede tilbud i social- og behandlingspsykiatrien, skønnes der forsat at være et stort arbejde i at basere psykiatriske tilbud på en sådan kultur. (Epløv et al., 2010).

13. Litteraturliste

- Anthony, K. H. (2008). Helping Partnerships that Facilitate Recovery from Severe Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing* , 46 (7), 25-33.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation - Second edition*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Blumer, H. (1998). *Symbolic Interactionism - Perspective and Method*. Los Angeles: University of California Press.
- Boolsen, M. W. (2010). Grounded theory. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative Metoder - En grundbog* (s. 207-235). København: Hans Reitzels Forlag.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lives in everyday experience. *Journal of Mental Health* , 17 (2), 129-140.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health* , 13 (5), 493-505.
- Brinkmann, S. (2006). *John Dewey - En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken* , 10, 1-8.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. I N. Denzin, & Y. Lincoln, *Handbook in Qualitative Research, second edition* (s. 509-535). London: Sage Publications.
- Datatilsynet. (2.. Juni 2000). *Sammenskrevet udgave af persondataloven*. Hentede 20.. Maj 2012 fra Datatilsynet: <http://www.datatilsynet.dk/lovgivning/persondataloven/>
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* , 8 (3), 177-201.
- Eplov, L. F., Kistrup, K. R., Lajer, I. K., Poulsen, H. D., & Svendsen, A.-M. B. (2005). Recovery og rehabilitering i psykiatrien - gammel vin på nye flasker eller nyskabelse med indhold? *Ugeskrift For Læger* , 167 (11), 1269-1272.
- Eplov, L. F., Korsbek, L., Petersen, L., & Olander, M. (2010). *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering - en recoveryorienteret tilgang*. København: Munksgaard Danmark.
- Gimmler, A. (2005). Amerikansk pragmatisme. I M. H. Jacobsen, & S. Kristiansen, *Hverdagslivet - Sociologier om det upåagtede* (s. 72-105). København: Hans Reitzels Forlag.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory - Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Guvå, G., & Hylander, I. (2005). *Grounded theory - et teorigenererende forskningsperspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hartman, J. (2005). *Funderet teori - Udvikling af teori på empirisk grund*. København: Alinea.

Henderson, A. R. (2011). A substantive theory of recovery from the effects of severe persistent mental illness. *International Journal of Social Psychiatry* , 57 (6), 564-573.

Jensen, P., Jensen, K. B., Olsen, E., & Sørensen, D. (2004). *Recovery på dansk - at overvinde psykosociale handicap*. Aarhus: Systime Academic.

Levin, I., & Trost, J. (2005). Symolsk Interaktionisme - Hverdagslivets samhandling. I M. H. Jacobsen, & S. Kristiansen, *Hverdagslivet - Sociologer om det upåagtede* (s. 106-133). København: Hans Reitzels Forlag.

Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* , 14, 256-272.

Lomborg, K. (2005). Om grounded theory - hvad det er og ikke er. *Klinisk Sygepleje* , 19 (2), 4-11.

Lomborg, K., & Kirkevold, M. (2003). Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria: fit, work, relevance and modifiability. *Nursing Philosophy* , 4, 189-200.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* , 358, 483-488.

Mancini, M. (2007). A Qualitative Analysis of Turning Points in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* (10), 223-244.

Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making Sense of It All: Consumer Providers' Theories About Factors Facilitating and Impeding Recovery from Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* , 29 (1), 48-55.

McCallin, A. M. (2003). Designing a grounded theory study: some practicalities. *Nursing in Critical Care* , 8 (5), 203-207.

Mengshoel, A. M., & Heggen, K. (2004). Recovery from fibromyalgia – previous patients' own experiences. *Disability and Rehabilitation* , 26 (1), 46-53.

Onken, S. J., Craig, C. M., & Ridgway, P. (2007). An Analysis of The Definitions And Elements of Recovery: A Review of The Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (31), pp. 9-22.

- Pitt, L., & Kilbride, M. (2006). Researching recovery from psychosis. *Mental Health Practice*, 9 (7), 20-23.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Qualitative Designs and Approaches. I D. F. Polit, & B. T. Cheryl, *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice, Seventh Edition* (s. 269-271). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Trustworthiness and Integrity in Qualitative Research. I D. F. Polit, & C. T. Beck, *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice* (s. 489-514). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- RecoveryDK. (19.. Januar 2012). *RecoveryDK*. Hentede 21.. Maj 2012 fra RecoveryDK - Aarhus Kommune: <http://recovery.foundry.aarhuskommune.dk/>
- RHP. (2012). *Region Hovedstadens Psykiatri - Kompetencecenter for Rehabilitering, Recovery & Shared Care*. Hentede 21.. Maj 2012 fra Et skridt videre - konference om rehabilitering og recovery: http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatriske+centre/Kompetencecentre/Kompetencecenter+for+rehabilitering+recovery+og+shared+care/Et_skridt_videre_recoverykonference_2012/
- Ridgway, P. (2001). ReStorying Psychiatric Disability: Learning from First Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (4), 335-343.
- Roe, D., Yanos, P., & Lysaker, P. H. (2006). Coping With Psychosis - An Integrative Developmental Framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (12), 917-924.
- Romme, M., & Escher, S. (2010). *At leve med stemmer - 50 recovery historier*. Søborg: PsykoVisions Forlag.
- Sam, D. L., & Moreira, V. (2002). *The Mutual Embeddedness of Cultural an Mental Illness*. Hentede 24.. Maj 2012 fra Online Reading in Psychology and Culture (Unit 9, Chapter 1): http://orpc.iaccp.org/index.php?option=com_content&view=article&id=69%3Adavid-lackland-sam&catid=28%3Achapter&Itemid=2.
- Schön, U.-K. (2009). How men and women in recovery give meaning to severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18 (5), 433-440.
- Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55 (4), 336-347.
- Skovlund, H. (2007). Interaktionisme. I B. Karpatschhof, & B. Katzenelsen, *Klassisk og moderne psykologisk teori* (s. 185-214). København: Hans Reitzels Forlag.
- Spiegel, D., & Diamond, S. (2001). Psychosocial Interventions in Cancer, Group Therapy Techniques. I A. Baum, & B. L. Andersen, *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research - Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Ltd.

Thisted, J. (2010). Den kvalitative forskningsmetode II. I J. Thisted, *Forskningsmetode i praksis - Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik* (s. 194-202). København: Munksgaard Danmark.

Topor, A. (2003). *Recovery - At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag.

Videnskabsetisk Komité, D. N. (14. Juni 2011). *Vejledning om anmeldelse, indberetningspligt mv. (sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter)*. Hentede 20. Maj 2012 fra Den Nationale Videnskabsetiske Komité:
<http://www.dnvk.dk/forskere/vejledning%20modul.aspx>

Wang, H. X., Mittleman, M., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of Social Support on Progression of Coronary Artery Disease in Women. *Social Science and Medicine* (60), 599-607.

Warner, R. (2004). *Recovery from Schizophrenia - Psychiatry and Political Economy*. East Sussex: Brunner-Routledge.

Wilken, J. P., & Hollander, D. D. (2008). *Rehabilitering og Recovery - en integreret tilgang*. København: Akademisk Forlag.

Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2007). *Evidensbaseret sygepleje - en bro mellem forskning og den kliniske virksomhed*. København: Gads Forlag.