

# Recovery i psykiatrien

Udvikling af et paradigme?

Sara Flint

Specialeafhandling i psykologi, Roskilde Universitet, 2020

Sara Flint, *Recovery i psykiatrien. Udvikling af et paradigme?*  
Specialeafhandling i psykologi, Roskilde Universitet, 2020

## **Recovery i psykiatrien. Udvikling af et paradigme?**

**Specialeafhandling i psykologi, Roskilde Universitet, 2020**

**Sara Flint**  
Studienummer 48988  
smflint@ruc.dk

Vejleder: Sofie Pedersen

Antal anslag: 148.494

## Abstract

Recovery is a relatively new approach in the psychiatric system and it gets more and more common. Recovery builds on an ambition to treat people in a more humanistic and holistic way, and to let the patients involve in a personal process of new meaning and life with mental illness. But how to define recovery is a debate in academic research. From a poststructuralist point of view this thesis will examine the academic discourses about recovery from the findings of a literature review. It finds that there are two opponent groups that fight for the discursive definition of recovery; a group that advocates for recovery as a challenge of the powerful psychiatric system, and a group who criticize recovery for being colonized by the psychiatric paradigm. These two positions will be understood as an expression of an internal paradigmatic struggle of recovery. These findings will be nuanced by an analysis of interviews with two practitioners who work with recovery. The thesis finds that the advocates argue for recovery as a strong vision as opposed to the psychiatric paradigm. The critics argue for recovery as a neoliberal way to control and manage the patients recording to the psychiatric systems wants and needs. The practitioners show how recovery in praxis is struggling in a paradox between the strong vision, the undefined concept and the praxis in the powerful psychiatric system.

## Indholdsfortegnelse

<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>INDLEDNING</b>	<b>6</b>
STATE OF THE ART	7
PROBLEMET	8
PROBLEMFORMULERING:	9
LÆSEVEJLEDNING	9
<b>TEORI</b>	<b>11</b>
PARADIGMER	11
DISKURSER	12
GOVERNMENTALITY	15
VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED	16
<b>METODE</b>	<b>18</b>
GENEALOGI	18
GOVERNMENTALITY-ANALYTIK	18
LITTERATURSTUDIE	20
INTERVIEWS	22
SEMINSTRUKTUREREDE INTERVIEWS	22
DISKURSANALYSE	23
HVORFOR DISKURSANALYSE?	24
<b>LITTERATURSTUDIE</b>	<b>25</b>
<b>FORTALERNE</b>	<b>25</b>
RECOVERY SOM OPGØR MOD PSYKIATRIENS PARADIGME	25
EN DEFINITION?	27
HVAD VIRKER?	28
STRUKTURELLE VILKÅR	28
INDIVIDETS EGNE EGENSKABER	30
SOCIALE RELATIONER	30
INDIVIDET SOM HELHED	32
RECOVERY I PRAKSIS	33
<b>KRITIK AF RECOVERY</b>	<b>35</b>
INDIVIDUALISERING	35
STRUKTURELLE FAKTORER	36
SKJULT FOKUS PÅ PATIENTERNES FEJL OG MANGLER	36
NEOLIBERALISME	37
RECOVERY SOM BEGREB	39
<b>OPSAMLING</b>	<b>41</b>
<b>ANALYSE</b>	<b>42</b>
RECOVERY I PRAKSIS	42
BRUD MED PSYKIATRIENS PARADIGME	44
INDIVIDUALISERING	48
SOCIALE OG STRUKTURELLE FAKTORER	50
RATIONALER OM ØKONOMI OG EFFEKTIVITET	52

<b>RECOVERY SOM BEGREB, VISION OG PRAKSIS</b>	<b>55</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>58</b>
<b>PRAKTIKERNE SOM EN TREDJE POSITION</b>	<b>60</b>
<b>EN UUNDGÅELIG UDVIKLING?</b>	<b>61</b>
<b>KONKLUSION</b>	<b>64</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>65</b>

## Indledning

I flere vestlige lande ser man hvordan der i psykiatriske systemer er kommet en ny tilgang på banen, som man kalder recovery (Harper & Speed, 2012; Oute et al. 2015, McWade, 2016). Recovery-tilgangen stammer fra en antipsykiatrisk bølge i 1960'erne og 1970'erne, hvor der var et ønske om at gøre op med det psykiatriske system og lade den enkelte patient få magt over egen sygdom (Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Davidson, 2017). Grundlæggende er recovery, som navnet også hentyder, troen på, at mennesket kan komme sig over en psykisk sygdom, og er dermed en udfordring af den herskende idé om, at psykisk sygdom er en kronisk tilstand (ibid.; Topor, 2003). Over årene er recovery-tilgangen blevet udviklet og indeholder i dag mange forskellige elementer, som forsøger at tilgå psykisk sygdom på en anden måde, end man traditionelt har gjort i behandlingspsykiatrien. Recovery-tilgangen lægger særligt vægt på, hvordan det psykiatriske system må anses for at være et paternalistisk system, der underminerer patienternes egne ønsker og oplevelser, og tilgangen ønsker at bryde med den dominerende plads i behandlingen af psykisk sygdom, som psykiatrien er i dag (ibid.). Som nævnt er recovery-tilgangen dog i dag så udbredt, at den så småt integreres i dele af det selvsamme psykiatriske system, som det ønsker at ændre.

I Danmark er recovery-tilgangen også på fremmarch. I Region Hovedstaden arbejder man med recovery-tilgangen på psykiatriområdet, og har det som mål at udbrede recovery i endnu højere grad end det er i dag. Man har i løbet af de sidste tre år indført recovery-tiltag såsom recovery-mentorer på psykiatriske afdelinger, Skolen for Recovery, samt haft fokus på at mindske brug af tvang i psykiatrien (Sammen om Psykiatriens Udvikling. Treårsplan 2020-2022). Recovery fungerer som rettesnor i regionens treårsplan på psykiatriområdet og ambitionen er, at recovery er ”(...) *det bærende element i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.*” (ibid. 4) Generelt er der altså et stort fokus på recovery i disse år, og politisk bliver det overordnet anset og italesat som et nyt og tiltrængt humanistisk fokus inden for det psykiatriske system.

Til at definere recovery trækker Region Hovedstaden blandt andet på en definition skrevet af William Anthony, professor ved Center for Psykisk rehabilitering, Boston:

”Personlig recovery defineres som en dybt personlig, unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier 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 med ens liv.” (ibid.: 8)

Hvorvidt denne definition skal forstås som den mest korrekte definition af recovery er der dog uenighed om. En stor del af den litteratur, der er skrevet og til stadighed skrives om recovery handler i høj grad om at forsøge at forstå og indkredse begrebet. Og her er alle ikke enige i, at recovery nødvendigvis er en så positiv og humanistisk tilgang til patienter, som det bliver fremlagt i eksempelvis politiske programmer (Sammen om Psykiatriens Udvikling. Treårsplan 2020-2022; Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser).

I modsætning til de mere traditionelle tilgange i psykiatrien, bygger recovery på et mere flydende grundlag, som er svært at afgrænse. Det er en ambition at kunne tilgå mennesker med psykisk sygdom på en anderledes måde end man hidtil har gjort i det psykiatriske system, og ambitionen om at have recovery som ‘det bærende element’ i det psykiatriske system i Region Hovedstaden varsler dermed en udvikling af det psykiatriske paradigme (Ryan, Ramon, Greacen, 2012). Eller gør det?

## **State of the art**

I et forsøg på at forstå recovery-tilgangen bedre og på at forsøge at indfange recovery som begreb, var udgangspunktet for dette speciale en undersøgelse af den akademiske litteratur, som findes på området. I første omgang blev litteratur om recovery i danske og skandinaviske sammenhænge undersøgt, og søgningen viste hurtigt et tydeligt mønster: På trods af recovery-tilgangens udbredelse i flere lande, er der stor uenighed om, hvad recovery overhovedet er, og hvordan det skal bruges. At forstå recovery som begreb og tilgang kræver derfor en større udredning. Dette vil fremgå af specialets litteraturstudie, og jeg vil således ikke gennemgå specifikke studier her, men blot skitsere den overordnede tendens som oplæg til en mere udførlig udforskning.

I søgningen viste der sig hurtigt et debatkryds mellem to uenige positioner (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2010): 1) En position der forsøger at indfange, hvad recovery er og som plæderer for en sådan humanistisk tilgang som modsvar til psykiatrien, og 2) en position der kritiserer recovery-tilgangen for at være koloniseret af det psykiatriske system, og som anklager den for at være

domineret af neoliberale styringsmekanismer. Litteraturen på området deler sig derfor i to poler, som ikke nødvendigvis er uenige i selve ambitionen om at tilgå mennesker med psykisk lidelse på en mere humanistisk måde, men som er uenige om, hvorvidt recovery er en sådan tilgang. Selve litteraturen på området synes derfor at kredse indirekte om ovenstående berørte spørgsmål: Er recovery en udfordring af det psykiatriske paradigme?

De to positioner, fortalere og kritikerne, udgøres af to relativt store grupper af primært forskere inden for psykologi, psykiatri og socialvidenskab, som på hver deres måde og med hver deres udgangspunkt forsøger at undersøge og analysere recovery-tilgangen. Disse eksisterende analytiske tilgange kredser altså særligt om spørgsmål som: Hvordan skal man forstå recovery? Hvad indeholder begrebet? Og hvilket ideologisk grundlag bygger det på?

## **Problemet**

Litteraturen om recovery tilbyder os masser af bud på ovenstående spørgsmål. Til gengæld synes der er at være andre spørgsmål, som ikke har fået lige så meget opmærksomhed. Hvorfor er de to tilgange så uenige? Hvad er de uenige om? Og hvad betyder det for praksis? En konkretisering af dette spørgsmål kunne være, hvor recovery-praktikere positionerer sig i forhold til de to positioner. Som anslået før kan man se recovery som et forsøg på en udvikling af det psykiatriske paradigme. Det er i høj grad den bølge, recovery-tilgangen har redet på i de første år. Men nu bliver tilgangen udfordret af kritikere, der sætter spørgsmålstegn ved dens hensigt og egentlige effekt. Dermed kan man sætte spørgsmålstegn ved, om der begynder at tegne sig interne stridigheder i det, som kan betegnes som et recovery-paradigme. Er dette paradigme måske selv i gang med en udvikling, og kan de to poler forstås som to sider af en paradigmatisk kamp? Og i så fald, hvad gør det ved forståelsen af de uenigheder, som er omkring recovery-tilgangen?

Derudover er det ikke mindst interessant at spørge til, hvordan disse uenigheder om recovery påvirker praksis. Som nævnt er recovery allerede etableret som små dele af det psykiatriske system, hvor recovery-arbejdere handler og arbejder i det felt, som der er så stor analytisk og akademisk uenighed om. Det er disse praktikere, der til hverdag står i det magtfulde system, som psykiatrien må anses for at være. Men den primære undersøgelse af praktikerens arbejde med recovery kredser om de konkrete tiltag og de værktøjer, der her følger med. Der synes dermed at være et videnshul,



der inddrager praktikernes syn på den polariserede debat, for at kunne forstå debatten bedre. Dette videnshul vil specialet forsøge at dykke ned i.

Det akademiske bidrag fra dette speciale er derfor tofoldigt:

- 1) Det teoretiske bidrag består særligt i en nuancering af et akademisk felt, som tilbyder os særligt to måder at forstå recovery på. Dette bidrag bygger på empiri fra den akademiske litteratur om recovery, og vil fremgå i et litteraturstudie, hvor de to positioner vil blive tegnet op og analyseret. Denne analyse vil have til formål at forstå den polariserede akademiske debat bedre samt forstå den grundlæggende uenighed.
- 2) Det praksisorienterede bidrag består særligt i undersøgelsen af den polariserede debats afspejling i praksis. Her bliver det ud fra empirisk materiale fra to interviews med praktikere på området undersøgt, hvordan praktikerne positionerer sig i forhold til de to poler i debatten. Derudover vil informanternes udtalelser være med til at nuancere recovery som en paradigmatisk kampplads. Samlet vil disse to bidrag søge at svare på følgende:

## **Problemformulering:**

*Hvordan kan man forstå recovery som udtryk for en paradigmekamp i psykiatrien, og hvordan afspejles denne paradigmekamp i praksis?*

## **Læsevejledning**

I følgende afsnit vil de teorier, som specialet bygger på, blive præsenteret. Det er hhv. Thomas Kuhns paradigmeteori, Michel Foucaults diskursteori og Mitchell Deans governmentality-teori. Paradigmeteorien vil bruges til at ridse præmisserne for paradigmer op samt give forståelse for den udvikling, som følger med et sådant paradigme. Diskursteorien vil særligt yde det formål at sætte fokus på forskellige diskurser om recovery, samt give forståelse for den magtkamp, der er mellem forskellige konkurrerende diskurser. Governmentality-teorien vil give forståelse for den implicite styring, der ligger indlejret i dominerende diskurser ligesom den vil understrege den gensidighed, der er i enhver magttildskrivelse. Herudfra defineres specialets videnskabsteoretiske ståsted sig også.

Herefter vil specialets metode blive præsenteret. Metoden bygger jf. den valgte teori på en opmærksomhed på genealogi og governmentality-analytik. Derudover benyttes et litteraturstudie, to semistrukturerede interviews med praktikere på recovery-området samt en Foucauldiansk diskursanalyse.

Herefter følger specialets litteraturstudie, hvor recovery-begrebet først vil blive præsenteret gennem fortalernes blik og derefter gennem kritikernes.

Dernæst følger specialets analyse, hvor de to tilgange fra litteraturstudiet bliver analyseret i relation til informanternes udtalelser.

Til sidst afsluttes specialet med en diskussion om recovery som vision, begreb og praksis.

# Teori

I det følgende vil jeg præsentere forskellige begreber og teoretiske forståelser, som vil udgøre det begrebsapparat, jeg vil bruge til at besvare min problemformulering.

## Paradigmer

Et paradigme bliver af Thomas Kuhn beskrevet som en samling fælles antagelser, verdensanskuelser og argumenter, som et bestemt videnskabeligt felt accepterer og bygger på (Kuhn, 2012). Disse paradigmer er centrale for, hvilken viden og hvilket sandhedskriterium der efterstræbes i forskellige videnskabelige grene.

Et paradigme er præget af det, som det udspringer af - af det videnshul, som paradigmet i sin tid havde til hensigt at udfylde. Dette kalder Kuhn den før-paradigmatiske periode. Herefter følger den normalvidenskabelige periode, hvor paradigmets grundlag udvides og udbredes. I den proces vil der undervejs opstå kontroverser, og paradigmet vil blive udfordret af ny viden og samfundsændringer. Denne proces betegner Kuhn som den revolutionære periode.

Ud fra denne beskrivelse må man se psykiatriens før-paradigmatiske periode udspringe af et ønske om at kunne forklare psykiske sygdomme. Det blev dannet med udgangspunkt i det lægevidenskabelige paradigme, hvor man søger lovmæssigheder baseret på naturvidenskabelige forklaringer (Murkherjee, 2015). Psykiske lidelser forstås i det lægevidenskabelige paradigme som 'interne patologier', som man kan diagnosticere ud fra bestemte symptomer hos individet, og formålet med behandlingen bliver at symptombehandle (Aho, 2008).

Denne lægefaglige tilgang til psykiatrien er naturligvis blevet udfordret af andre paradigmatiske forestillinger, og står i dag i et spændingsfelt mellem flere paradigmer (eksempelvis socialpsykologi, medicin, pædagogik). På trods af dette er selve diagnosticeringen af psykiske lidelser og langt størstedelen af behandlingen forankret i det medicinske paradigme. Det er netop det, recovery-tilgangen ønsker at udfordre. For at forstå diskussionen om recovery, må vi derfor også anlægge et paradigmatiske analytisk blik på feltet. For at kunne identificere og forstå den paradigmatiske kamp, har jeg valgt at benytte følgende teorier om diskurs og governmentality.

## Diskurser

Diskursbegrebet, som jeg ønsker at benytte det, udspringer af Michel Foucaults poststrukturalistiske teori. Her er diskursbegrebet helt centralt. Det er en sproglig forankring, som er med til at konstituere subjektet, og diskurser er dermed helt afgørende at kigge på, når man ønsker at forstå og analysere subjekter (Foucault, 1982). Diskurser er dog ikke skabt af subjekter alene, men er skabt i samspil mellem subjekter og institutioner. De er i konstant forandring og forhandling, og magten, en bestemt diskurs har, er udelukkende udtryk for den magt vi som samfund tilskriver den (Foucault, 1970). Foucault beskriver det således:

“[T]hat in every society the production of discourse is at once controlled, selected, organised and redistributed by a certain number of procedures whose role is to ward off its powers and dangers, to gain mastery over its chance events, to evade its ponderous, formidable materiality.”  
(ibid.: 52)

Diskurser er dermed i en konstant skabelse mellem flere elementer, og ved at se nærmere på disse diskurser, kan vi få øje på bestemte systemers dominans, deres modstandere og de udfordringer der heri ligger (Foucault, 1970). Diskurser skal altså ikke ses udelukkende som sproglige ytringer, men som forholdet mellem det diskursive og det non-diskursive, hvor der er meget andet end selve sproget, der spiller ind (Jørgensen, 2006). Det diskursive giver dermed mulighed for at forstå hvilken magt forskellige positioner i samfundet har, og kan være med til at afsløre, hvordan bestemte positioner er tilskrevet magt i et samspil mellem institutioner og individer.

Diskurser er også en måde, hvorpå vi skaber orden i verden og opdeler i bestemte grupper. Foucault ser derfor eksklusion som noget af det gennemgående i alle diskurser. Ved at italesætte noget på en bestemt måde, ekskluderer man samtidig den modsatte forståelse eller de personer, som ikke indgår i netop den diskurs (Foucault, 1970). Gennem tiden har vi eksempelvis set psykisk syge italesat som ‘de gale’, og de har været meget eksplicit ekskluderet fra resten af samfundet. Selvom at denne meget tydelige diskursive eksklusion har ændret sig gennem tiden, er pointen for Foucault, at de tidligere eksklusioner blot vil ændre form og opstå på anden vis i diskurser og samfundet. Psykisk syge bliver i dag ikke (nødvendigvis) låst inde og gemt væk, men de er stadig henvist til bestemte

institutioner, underlagt bestemt behandling og nogle rettigheder fratages dem, og på den måde består eksklusionen (ibid.).

Diskurser er derudover altid udtryk for menneskets vilje til sandhed. Diskursernes interne magtkamp er udtryk for menneskets evindelige ønske om at finde sandheden og ‘den sande diskurs’ (ibid.). Den diskurs, som er tilskrevet mest magt, anses typisk som den mest sande. Disse magtfulde og ‘sande’ diskurser har i mange år været domineret af videnskaben, som har været anset for at opfylde bestemte sandhedskriterier. Foucault understreger dog, at disse magtfulde diskurser ikke skal ses som en universel eller objektiv sandhed, men blot udtryk for det, vi i et bestemt samfund til en bestemt tid anser som mest sandt. Ved at se på diskursernes udvikling og magtkampe, kan man dermed få øje på et samfunds udvikling og syn på sandhed (ibid.).

Da diskurser som tidligere nævnt altid vil være medkonstitueret af institutioner, må en given diskurs’ sandhedsforståelse altid være anerkendt af bestemte institutioner. Derfor ser man også forskellige diskurser, og forskellige sandhedsforståelser, inden for forskellige discipliner. De forskellige discipliner er dermed præget af et bestemt sprog, begreber, klassifikationssystemer og orden, som tilsammen giver et billede af denne disciplins sandhedsforståelse. Ligesom diskurserne er disciplinerne også relative og formbare: “*For there to be a discipline, there must be the possibility of formulating new propositions, ad infinitum*” (ibid.: 59). En disciplin er altså også automatisk en eksklusion af andre videns- og sandhedsforståelser, og det skal disciplinens diskurser afspejle, for at kunne manifestere en bestemt disciplin som sand.

Ud fra disse diskurser kan man ifølge Foucault bestemme, om man taler ‘*within the true*’ eller ‘*outside the true*’, (ibid.: 61) altså hvorvidt en person taler inden eller uden for den sandhedsforståelse, som en bestemt disciplin plæderer for: “*It is always possible that one might speak the truth in the space of a wild exteriority, but one is ‘in the true’ only by obeying the rules of a discursive ‘policing’ which one has to reactivate in each of one’s discourses.*” (ibid.: 61). Her skal det dog igen ikke misforstås sådan, at videnskab og institutioner i sig selv konstituerer magtfulde diskurser. Diskurserne vil altid først blive magtfulde i samspillet mellem individer og institutioner.

Alligevel er det dog ikke alle, der kan benytte sig af alle diskurser. Hvilke diskurser der er et individ til rådighed er afhængig af uddannelse, sociale lag og sammenhænge. Uddannelsesinstitutioner og

herunder forskellige discipliner er derfor i høj grad med til at opdele, hvilke diskursive muligheder (og dermed sandhedsforståelser), der er til rådighed for et samfunds individer (Foucault, 1970).

Selvom den diskursive magtkamp er konstant, er vi alle født ind i en verden, hvor der allerede hersker bestemte dominerende diskurser, som man prægnes af fra barnsben. *“Things are already murmuring meanings which our language has only to pick up; and this language, right from its most rudimentary project, was already speaking to us of a being of which it is like the skeleton.”* (ibid.: 65). Man kan dermed aldrig se sig uafhængig af sin samtid og det historiske ophav.

Ud fra dette diskursbegreb understreger Foucault, at man ikke skal forestille sig at få adgang til individers indre univers. I stedet er det et effektivt begreb at se verden gennem, når man ønsker at dekonstruere etablerede sandheder, og få øje på hvilke diskurser der er til rådighed i bestemte sammenhænge, samt hvilke diskurser og sandhedsforståelser der er under udvikling.

Forskellige diskurser giver forskellige mulige positioner for den, der taler. Foucault understreger dermed, at det er vigtigt at forholde sig til, hvem der taler og hvordan diskursen er blevet dem til rådighed. Hvilken diskurs en person positionerer sig med, siger noget om personens position i en diskursiv praksis og om personens sandhedsforståelse. Ved at identificere diskurser og de positioner, det tilbyder, er det også muligt at stille spørgsmål ved, hvordan disse positioner har forskellige magtpositioner og hvori diskursen finder sin legitimitet (Foucault, 1995). Forskellige diskursers legitimitet kan eksempelvis være forankret i faglige discipliner, som tilbyder bestemte positioner til dem, der er indskrevet i den faglige disciplin. De institutioner, som en person er en del af, er dermed med til at muliggøre bestemte diskurser og positioner (ibid.: Jørgensen 2006).

Diskursbegrebet vil være med til at kunne identificere forskellige diskurser omkring recovery samt den magtkamp der er her imellem. Det vil blive brugt til at dekonstruere diskussionen om recovery, og hjælpe til at forstå de sandhedsforståelser, der ligger indlejret heri. Derudover vil det være med til at kunne tydeliggøre, de positioner, som de forskellige diskurser om recovery tilbyder, ligesom det er med til at vise, hvordan informanterne positionerer sig i diskussionen om recovery.

## Governmentality

Governmentality-begrebet, som Mitchell Dean arbejder med, udspringer af Foucaults idé om governmentality, som styring af formelt frie individers handlinger (Foucault, 2002; Dean, 2008). Deans governmentality-begreb er dog ikke ren Foucaultsk, men en udvidet udgave, hvor der i højere grad end hos Foucault er lagt vægt på en historisk analyse af styring og magt, ligesom der hos Dean er større fokus på, hvordan man kan bruge governmentality-begrebet analytisk.

Dean beskriver, hvordan magt og styring traditionelt er blevet forbundet med staten. Men det er en forsimplet forståelse af, hvordan mennesker bliver styret i et moderne samfund, så for at forstå det må man inddrage flere andre ting. Governmentality er en 'sammenblandet substans' (Dean, 2008: 38), som er mere komplekst end som så:

“Det sprog, som anvendes i forbindelse med styring, fremstilles som ideologi, dvs. som et sprog, der udspringer af og afspejler de dominerende magtforhold.

Governmentality-analytikken ligger i forlængelse af denne type teoretisk perspektiv, idet den betragter udøvelse af magt og autoritet som alt andet end selvfølgelig og som noget, der kræver betydelig analytisk opmærksomhed.” (ibid.: 41)

Dean tager udgangspunkt i Foucaults beskrivelse af governmentality som 'conduct of conduct' (ibid.: 43), hvor 'conduct' skal forstås som hhv. styring/lede og som adfærd/opførsel. “*Når disse betydninger af conduct lægges sammen, kommer styring til at betegne ethvert forsøg på - med et vist overlæg - at forme aspekter ved vores adfærd i overensstemmelse med bestemte normsæt og med bestemte mål for øje.*” (ibid.) Governmentality skal altså forstås som et forsøg på at styre menneskelig adfærd, og begrebet kan være med til at afsløre, hvad man på et givent tidspunkt i en given sammenhæng tænker som moralsk rigtigt. Mennesker skal styre sig selv på en bestemt måde og med bestemte mål, og ser man på eksempelvis krav til mennesker på offentlig forsørgelse, vil man kunne få øje på samfundets idé om moralitet (Dean, 2008).

Governmentality må dog ikke misforstås udelukkende som styring af enkeltindivider fra en magtfuld instans. Styringen er i lige så høj grad styringen af sig selv og hinanden ud fra normer. Governmentality handler derfor om den styring, vi som mennesker er indlejret i via viden, tro og overbevisning. Disse overbevisninger, eller kollektive mentaliteter, udspringer typisk fra bestemte videnskaber, og Dean påpeger, hvordan de videnskaber, som særligt præger vores mentaliteter i

dag, er human- og socialvidenskaberne som psykologi og økonomi. Disse styringsmekanismer gør, at vi anskuer verden, eller et bestemt paradigme, på forskellig vis. Disse kalder Dean ‘styrings-regimer’ eller praksis-regimer’, og er betegnelsen for de forskellige magtfulde regimer, der er til for at styre både individ og samfund: “*Disse regimer omfatter praksisser, som producerer sandhed og viden, som trækker på mangeartede former for praktisk, teknisk og kalkulerende rationalitet, og som gøres til genstand for programmer, der skal reformere dem.*” (ibid.: 55) Regimerne har det til fælles, at de forsøger at styre individerne og samfundet i den retning, som de mener, vil bringe sundhed, velfærd, velstand og lykke på baggrund af samfundets økonomi. Dean påpeger derfor også, at der er et utopisk element i alle styrings-regimer: “[S]tyring [er] *grundlæggende en utopisk aktivitet. Den bygger på antagelser om en bedre verden, et bedre samfund, en bedre måde at gøre ting på eller leve på.*” (ibid.: 76) Derudover er styrings-regimerne med til at definere, hvilken ekspertise der kan trækkes på i de forskellige praksis og tydeliggøre hvordan viden forstås forskelligt i de forskellige styringsregimer (Dean, 2008).

Governmentality-begrebet er et forsøg på at gøre op med ideen om, at noget er selvfølgeligt. Magtfulde regimer, praksisser, diskurser og strukturer er, meget i forlængelse af Foucaults forståelse af magt og diskurser, konstitueret af en kollektiv magttildskrivelse. Ved at se på governmentality kan man få øje på de betingelser, viden og systemer, som ligger til grund for bestemte styrings-regimer. Derudover tillader begrebet også en refleksivitet over den praksis, som bliver forsøgt styret. Det er ikke blot institutionel praksis, der styres, men også de involverede aktørers ønsker, stråben, behov, egenskaber og tanker (ibid.).

Psykiatrien skal ses som et magtfuldt praksis-regime, der er præget af både psykologien og medicinalvidenskaben, og som bygger på bestemte antagelser om det bedste liv med psykisk sygdom. Ved at benytte governmentality-begrebet identificeres de styringsmekanismer, som recovery er indlejret i. Derved kan jeg tydeliggøre den magtkamp, der er mellem de forskellige diskurser, og de forskellige styrings-regimer som er knyttet hertil.

## **Videnskabsteoretisk ståsted**

Med valg af ovenstående teori som mit begrebsapparat stiller jeg mig derfor også med et bestemt videnskabsteoretisk ståsted. Jeg vil særligt være præget af det poststrukturalistiske blik, hvor enhver sandhed eller objektivitet om en genstand må afvises (Stormhøj, 2006). I stedet får man med dette



blik øje på forskellige magtfulde strukturer i samfundet, og man interesserer sig for disse strukturers udvikling, brud og magtkamp i højere grad end for strukturerne i sig selv. Det bygger på en antifundamentalisme, som implicerer et fokus på sprog som udtryk for en meningsskabelse, og ikke som udtryk for en egentlig 'virkelighed'. Subjektets erkendelse og forståelse af verden er derfor altid indlejret i sproglige og samfundsmæssige strukturer, og subjektet må forstås decentreret. Dermed kan man med et poststrukturalistisk perspektiv også tale om en art ontologisk mangel, hvor virkeligheden skal forstås flydende og i konstant skabelse (ibid.).

Genstandsfeltet for dette speciale er dermed ikke hverken at opnå en klar definition af recovery eller en klar forståelse af individers oplevelse af recovery. Genstandsfeltet er de strukturer og diskursive og paradigmatisk magtkampe, der er omkring brugen af recovery. En forståelse af dette giver samtidig en mulig forståelse for de bestemte handlerum og positioner, som opstår for både faggrupper, patienter og praktikere. På samme måde må jeg som forsker også forstås som indlejret i strukturer og bestemte vidensformer, og formålet med det undersøgte problem er dermed heller ikke at opnå en universel viden, da det forudsætter en neutral position at tale fra, hvilket jeg med poststrukturalismen afviser. Formålet er tværtimod med inspiration fra poststrukturalismens kritiske ærinde at få øje på de elementer, der påvirker diskussionen om recovery for dermed at kunne kaste et nyt blik på recovery som paradigme.

Både genstanden, men også dette speciale anskues derfor som udtryk for det mulige i det pågældende episteme. Med episteme menes de bestemte mulighedsbetingelser, som findes i en bestemt kulturel og temporal periode, som muliggør bestemte diskurser, vidensforståelser og dermed også erkendelsesmuligheder (ibid.).

# Metode

## Genealogi

I forlængelse af det præsenterede teori og videnskabsteoretiske ståsted er det relevant at have et genealogisk blik på genstanden. Foucault præsenterer genealogibegrebet som en historisk opmærksomhed på diskursers ophav (Foucault, 1970). Genealogi er en tilgang til viden, hvor man undersøger bestemte diskursers historiske udvikling og betydning. Ved at se på det, kan man trække tråde til samfundets forståelse af moral, etik og politik, og herudfra forstå bestemte paradigmers magtposition. *“Genealogiens kritiske etos kan beskrives positivt som en tilskyndelse til - med udgangspunkt i problemer affødt af specifikke sociale og politiske kampe - at studere, hvordan universaliser optræder, og hvilke konsekvenser de har i bestemte historiske situationer og praksisser.”* (Dean, 2008: 88) Denne analyse sker med udgangspunkt i genealogens egen samtid, og man finder derfor ikke en historisk objektiv eller profetisk sandhed. Men det kan gøre analytikerens stand til at se foranderligheden i det, der tænkes som selvfølgeligt i samtiden (Dean, 2008). Det giver mulighed for at forstå samtidens magtfulde diskurser og spændinger mellem ‘intellektets pessimisme’ og ‘viljens optimisme’ (ibid.: 97). Med udgangspunkt i genealogien får man derved lettere ved at forstå samtidens styringsmekanismer.

Formålet med dette speciale er ikke at lave en genealogisk analyse af psykiatrien. Det har flere, blandt andre Foucault, gjort så fremragende. Jeg vil i stedet bruge genealogien som påmindelse om, at have recovery-begrebets udvikling for øje. Det vil vise interessante spændinger i, hvilke værdier der ligger indlejret i begrebet.

## Governmentality-analytik

Ligesom Foucaults diskursteori lægger op til en brug af genealogien, lægger governmentality-begrebet op til en særlig analytik:

“At analysere styring består i at analysere de praksisser, der søger at forme, skulpturere, mobilisere og operere gennem individers eller grupper valg, ønsker, lyster, forhåbninger, behov og livsstil. Det er altså et perspektiv, der søger at

forbinde spørgsmål om styring, politik og administration med kroppen, livet, selvet og individet” (ibid.: 46)

Dette krydsfelt må man i den grad sige, at recovery-tilgangen befinder sig i, og derfor kan governmentality-analytikken hjælpe til at forstå recovery samt diskussionerne herom. En analyse med udgangspunkt i governmentality kan altså være med til at påvise de diskrepanser, der er i et givet praksis-regime, men uden at forfalde til en reduktionisme eller determinisme af området (Dean, 2008). *“Governmentality-studier er imidlertid mere optaget af, hvordan tænkning fungerer inden for vores organiserede måder at handle på - vores praksis-regimer - og af tænkningens ambitioner og effekter.”* (ibid.: 54) Med dette bliver det muligt at undersøge de strukturer, som recovery-begrebet er indlejret i og de præmisser det udfolder sig under i psykiatriens praksis-regime.

Derudover er det i governmentality-analytikken centralt, at man forholder sig til den viden, der ligger bag et bestemt praksis-regime, og have blikket på hvordan denne viden forsøges ensrettet på vejen mod bestemte mål (ibid.: 70). Man skal ligeledes gøre sig klart, at det undersøgte felts påståede værdier ikke skal accepteres uden et kritisk blik: *“Påstande om, at man tjener bestemte ‘værdier’, må analyseres som elementer i styringens retoriske praksis og som indlejret i forskellige former for styringsmæssig og politisk fornuft.”* (ibid.: 77) Den diskursive forankring af recovery som hhv. humanistisk eller neoliberal er dermed i sig selv ikke sigende for, hvad recovery er, men at se nærmere på diskurserne kan være med til at afsløre, hvilke rationaler der ligger bag de forskellige tilgange. Derfor er formålet ikke at kunne definere de forskellige styringer som gode eller dårlige, man derimod en større forståelse af feltet (Dean, 2008).

Jeg vil ikke udføre en gennemgribende governmentality-analyse af det psykiatriske praksisregime, men jeg vil bruge governmentality-analytikken til at forstå det nybrud i praksis, den nye konkurrerende viden, som recovery er. Governmentality-analytikken vil derfor inspirere min analyse i dobbelt forstand: 1) den giver en god forståelse af, hvad det er, kritikerne af recovery-begrebet ligger til grund for deres kritik, og 2) den kan være med til at forstå det spændingsfelt, hvorudfra mine informanter taler.

Til at undersøge ovenstående genstandsfelt og svare på min tidligere præsenterede problemformulering, har jeg valgt følgende metoder: Litteraturstudie, interviews og Foucauldiansk diskursanalyse.

## Litteraturstudie

Jeg starter min undersøgelse med et litteraturstudie for bedre at kunne definere og udrede begrebet recovery, hvilket ikke lader sig let afgrænse, og herefter påvise det problematikker, der er på området. Til dette er et litteraturstudie gavnligt, da man uden vil have svært ved at forstå det felt, man arbejder i (Booth, Papaioannou, & Sutton, 2012).

Et litteraturstudie er bygget op ved at man samler, kritiserer og syntetiserer viden på området ud fra relevant litteratur. Det kan med fordel bruges både på ældre emner, som er behandlet i stort omfang, og på nyere emner som endnu ikke er meget berørt (Torraco, 2005). I dette tilfælde, med recovery som genstand, kan man nærmest sige, at begge dele gør sig gældende. Jeg vil i litteraturstudiet fremskrive behandlingen af recovery som begreb og dermed også tydeliggøre, hvad selve begrebet indeholder. Denne del er et lidt ældre emne, hvor det genealogiske blik også får sin relevans, da recovery-begrebet har eksisteret og været behandlet gennem flere årtier. Den anden del af mit litteraturstudie vil bygge på mere nutidige kritikker og behandlinger af recovery-begrebet, og vil være med til at kunne give et overblik over det, der er rør sig på området (ibid.) Samlet set giver disse to elementer grobund for en forståelse af området, som bygger på den genealogiske opmærksomhed.

Derudover finder jeg litteraturstudiet givtigt i behandlingen af recovery, da begrebet som beskrevet hverken er tydeligt afgrænset eller fast defineret. “(...) [L]iterature reviews are also appropriate when contradictory evidence appears, when there is change in a trend or direction of a phenomenon and how it is reported, and when research emerges in different fields.” (ibid.: 358-359) Mit litteraturstudie vil derfor hjælpe til at tydeliggøre uenighederne om recovery som begreb samt vise hvordan de forskellige diskursive forankring er udtryk for forskellige positioner.

Et litteraturstudie er et systematisk videnskabeligt greb, som skaber nye perspektiver ud fra de valgte problemstillinger:

“The best literature reviews examine the literature with a particular lens defined by the article’s objectives. Rarely do reviews examine all aspects of previous research. Rather, this lens points the author (and reader) to specific aspects of previous research that are critically examined and evaluated. As a result, the review “tells a story” by critically analyzing the literature and arriving at specific conclusions about it.” (ibid.: 361)

Der er ikke nogen fast opbygning, man kan lave sit litteraturstudie efter, så arbejdet består i at kunne opdele sin fundne litteratur efter relation snarere end kronologi (ibid.: 359) Til at opnå dette, startede jeg ud med at skabe en nogenlunde fast struktur for, hvad jeg ville opdele litteraturen efter. Den overordnede struktur for mig var, at opdele litteraturen i dem, der beskrev recovery som tilgang og plæderede herfor, og dem, der kritiserede den. Denne struktur blev valgt ud fra den opmærksomhed på de to hovedgrene, der udsprang af min indledende litteratursøgning, som er antydet i *State of the art*.

Jeg søgte litteraturen på forskellige videnskabelige databaser (Web of Science, psychInfo, Scopus og bibliotekernes databaser). Da en bred vifte af artikler og bøger var identificeret her, begyndte jeg at gennemlæse og identificere forfattere og forståelser, som gik igen på tværs af mange artikler. Disse definerede jeg som dominerende talerør. Da min hensigt er at kunne identificere de dominerende diskurser omkring recovery samt en magtfuld moddiskurs, fandt jeg det hensigtsmæssigt at sortere herefter. Min søgning af litteratur har derfor været mere eksplorativ, end den har været systematisk.

Ud fra den udvalgte litteratur er nedenstående litteraturstudie struktureret. Der er lagt vægt på at lade de forskellige tilganges diskursive praksis stå tydeligt frem, og derfor er det analytiske greb begrænset til opdelingen, udvælgelsen og kondenseringen. Begreber fra mit teoretiske begrebsapparat vil derfor kun fremgå af litteraturstudiet, såfremt den pågældende litteratur selv benytter dem.

Formålet er at udfolde recovery-begrebet og vise hvordan der er grundlæggende paradigmatisk kamp i gang på området. For at forstå dette til fulde, vil jeg udfordre fundene fra litteraturstudiet med interviews af praktikere på området. Det gør jeg for at få en forståelse af, hvordan diskurserne omkring recovery benyttes i praksis, da man jf. den poststrukturalistiske forståelse af viden, må se en genstand i relation til dens samtid og det episteme, som det udspiller sig i.

## Interviews

For at kunne forholde mine fund i litteraturstudiet til praksis, har jeg valgt at interviewe to personer, der arbejder med recovery til daglig. Mine informanter er anonymiseret og navne, steder og arbejdspladser vil derfor være ændret.

Den ene, Ellen, er en af recovery-mentorerne i Region Hovedstaden hvilket vil sige, at hun indgår i det daglige arbejde med patienterne på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, hvor hun “(...) støtter patienterne i deres recovery-proces, og støtter op om afsnittets overordnede recovery-arbejde.” (Psykiatri-regionh.dk: recovery-mentorer) Derudover er der krav om, at recovery-mentorerne selv har erfaring med psykiske problemer, hvorfor Ellen kan defineres som peer. Denne funktion har eksisteret i Region Hovedstaden siden 2013, og Ellen har været recovery-mentor i fire år.

Anna er daglig leder af en brugerorganisation i Danmark, som arbejder recovery-orienteret med at uddanne peer-medarbejdere. Hendes arbejde består derfor udover den daglige ledelse også af at uddanne nogle af de recovery-arbejdere, som kommer ud i praksis.

## Seminstrukturerede interviews

Jeg har valgt at benytte et semistruktureret interview ved begge interviews, hvor jeg ud fra en interviewguide kunne holde nogenlunde styr på interviewets spørgsmål og emne, men stadig gøre plads til informanternes egne fortællinger (Kvale, 2008). De spørgsmål jeg havde lavet, guidede mig i interviewet og sørgede for, at vi kom omkring de emner, som jeg gerne ville omkring. Emnerne var valgt ud fra gennemgående og dominerende diskurser om recovery, som var identificeret i litteraturstudiet. Jeg ønskede med interviewene, at få informanternes beskrivelse af, hvad de mener recovery er, for herudfra at kunne identificere, hvordan de positionerede sig i forhold til de dominerende diskurser fundet i litteraturen.

Informanterne viste sig dog at tale meget mere direkte ind i min problemstilling end antaget. Allerede ved mit første spørgsmål, hvor jeg beder dem forklare mig, hvad recovery er, åbner de begge op for, hvor svært det er at definere, og at det handler om hvorfra man står. Begge interviews kom derfor også til at handle om udfordringerne ved recovery, relationen mellem begreb og praksis og psykiatriens udfordringer. Dette hele tiden på informanternes opfordring, hvor jeg blot fulgte med og lod dem definere det diskursive rum så meget som muligt. Dog ikke med en naiv

forestilling om, at jeg som forsker ikke er med til at skabe det diskursive rum og de positioner, der her følger med. Interviewguiden er vedlagt i Bilag A, transskriptionen af interviewet med Anna er vedlagt i Bilag B og transskriptionen af interviewet med Ellen er vedlagt i Bilag C.

## Diskursanalyse

Til at analysere fundene i litteraturstudiet samt interviewene vil jeg benytte en diskursanalyse inspireret af Foucaults diskursbegreb, som præsenteret i det tidligere videnskabsteoretiske afsnit. Også kaldet en Foucauldiansk diskursanalyse.

Der findes ikke en direkte eller ensformig Foucauldiansk diskursanalyse (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2011) men Arribas-Ayllon og Walkerdine kommer med et bud på nogle af de elementer, man skal have for øje, hvis man ønsker at lave en sådan. I det følgende vil jeg præsentere de elementer, som vil præge min analyse.

Først og fremmest skal man i en diskursanalyse identificere og udvælge et ‘corpus of statements’ (ibid.). Her identificerer man, hvordan det undersøgte objekt er italesat forskelligt forskellige steder og ud fra forskellige tekster. Tekster skal forstås i den bredest mulige forstand, og kan omfatte alle slags udtalelser og nedskrevne tekster. Her vil man typisk inddrage forskellige typer ‘statements’, eksempelvis både eksperter/forskere og *in situ* interaktion, eksempelvis interviews (ibid.). Disse forskellige statements skal påvise forskellige diskursive praksisser og den diskontinuitet der er herimellem. Det afslører hvordan et ‘game of truth’ udspiller sig på området (ibid.: 14).

Mit ‘corpus of statements’ vil først og fremmest bygge på mit litteraturstudie. Her får vi præsenteret forskellige diskursive forståelser af recovery, ligesom diskontinuiteten bliver tydelig. Herefter vil mine informanternes udtalelser også bygge på mit corpus, og udvide med endnu en stemme fra praksis.

Derudover vil en Foucauldiansk analyse have fokus på ‘problematizations’:

“Problematizations are examples where discursive objects and practices are made ‘problematic’ and therefore visible and knowable. They often form at the intersection of different discourses and expose knowledge/power relations.

Problematizations serve an epistemological and methodological purpose: they allow

the analyst to take up a critical position in relation to research; and they allow the analyst to trace how discursive objects are constituted and governed.” (ibid.: 12)

Denne problematisering af genstandsfeltet er helt central. Man ser her på, hvilke officielle diskurser og moddiskurser der gør problemet tydeligt, hvilket “(...) *invites us to think differently about the present by taking up a position outside our current regimes of truth.*” (ibid.: 16). Jeg ønsker at problematisere recovery-tilgangen i psykiatrien, ikke ved at kritisere den eller nedgøre den, men ved at tydeliggøre de uoverensstemmelser der er i tilgangen hertil og forståelsen heraf. Det gør jeg netop ved i min analyse at vise diskontinuiteten i diskurserne om recovery og vise hvordan det, med eksempelvis governmentality-begrebet, bliver tydeligt, at det er i relation til videns- og magtrelationer.

Et andet element som jeg vil benytte i min analyse er positionering. Ved at se på hvilke diskurser der er til rådighed for den enkelte, kan man identificere, hvordan informanter på en samtidig subtil og kompleks måde manifesterer deres moralske ståsted i relation til genstanden (ibid.: 12). Det hjælper informanten til at “(...) *speak the truth about objects.*” (ibid.: 17). Det kan hjælpe mig til at se, hvordan mine informanter positionerer sig i forhold til de forskellige recovery-diskurser, og hjælpe til at vise kompleksiteten i deres relation hertil.

## **Hvorfor diskursanalyse?**

En sådan foucauldiansk diskursanalyse kan med fordel benyttes i det psykologiske felt, da den er med til at forstå individ-samfunds-dualismen som sammenhængende (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2011). Det tilbyder en vinkel på psykologiske problemstillinger, hvor subjektet ikke centrerer og står ahistorisk alene, ligesom man ikke vil finde individets indre sindstilstand eller følelser, som præsenteret i mit videnskabsteoretiske ståsted. I stedet vil man få tydeliggjort relationen mellem viden, magt og historisk udvikling, og hvordan dette påvirker subjektet. En sådan analyse fremskriver heller ikke bestemte løsninger på problemet, men vil tilbyde alternative måder at forstå og forholde sig til nutidige psykologiske regimer og dominerende diskurser (ibid.). Derfor vil den kommende analyse heller ikke ende ud i konkrete løsningsforslag, men vil påpege recovery-begrebets placering mellem forskellige vidensforståelser og magtstrukturer. Det vil dog forhåbentligt alligevel kunne være et behjælpeligt indspark til arbejdet med recovery i psykiatrien.



# Litteraturstudie

## Fortalerne

Denne første del af litteraturstudiet vil basere sig på litteratur, der forsøger at indfange, hvad recovery er, og som overordnet er fortalere for tilgangen.

## Recovery som opgør mod psykiatriens paradigme

Recovery-tilgangen er i høj grad vokset ud af et ønske om at gøre noget anderledes indenfor det psykiatriske område. Det er en reaktion på tidligere (og til dels nuværende) forståelser af og tilgange til mennesker med psykiske lidelser (Davidson, 2016). Da recovery i sig selv kan ses som et lidt flydende og svært definerbart begreb, tager mange definitioner udgangspunkt i en beskrivelse af det, som de ønsker at gøre op med. Derudfra er det nemmere at forstå den vision, som recovery-tilgangen bygger på.

Alain Topor er én af de forskere indenfor området, som har beskæftiget sig en del med det historiske grundlag for recovery. Topor opridser den historiske forståelse af recovery inden for det psykiatriske område, for dermed at kunne forklare recovery-tankens ambition og grundlag (Topor, 2003).

Generelt har tanken om, at man kan komme sig over psykiske lidelser ikke været eksisterende tidligere, pointerer Topor. Man har ikke talt om helbredelse, da man ikke så sygdomme med behandlingsmuligheder som psykiske sygdomme. De blev derimod anset som somatiske lidelser (ibid. ). Derimod så man psykiske sygdomme som kroniske sygdomme, og den forståelse af kronicitet bygger på et grundlæggende biologisk og medicinsk paradigme. Man er bevidst om, at forhold omkring patienten kan ændre sig, men man anser selve sygdommen for at være uhelbredelig og kronisk, og man behandler derfor heller ikke med den hensigt at nå helbredelse, men for at lette symptomerne (ibid.).

På den måde har man tidligere anskuet mennesker med psykiske lidelser, men gennem tiden er denne forståelse blødt lidt op, og i dag er problemet med diagnosticering i psykiatrien at skulle finde grænsen mellem det biologiske, medicinske og det socialpsykologiske (ibid.).

Topor argumenterer for, at når man i dag ved, at psykisk sygdom ikke kan ses uafhængigt af sociale faktorer, så bør man afskrive ideen om, at de er kroniske. Hvis ikke kan kroniciteten have en selvopfyldende profeti:

”Stigmatiseringen gør det umuligt for individet at vende tilbage til sit tidligere liv, eftersom både vedkommendes eget selvbillede og andres billede af ham/hende præges af de kulturelt dominerende forestillinger om sindssyge og kronicitet. Det individ, der af psykiatrien defineres som kronisk syg, overtager psykiatriens definition af sig selv, lærer sig hvordan man forventes at opføre sig som kronisk syg (...).” (Topor, 2003: 40)

Derfor mener Topor, at det er en positiv udvikling, at man begynder at tale mere om helbredelse og recovery i forbindelse med psykisk sygdom (Topor, 2003).

Topor understreger, at recovery typisk ikke er beskrevet i psykiatrisk litteratur, da det her stadig handler om symptomer og sygdom, og hvor definitionsmagten går på, hvordan den rigtige diagnose skal stilles. At lægerne til stadighed kan være uenige om, hvordan de skal diagnosticere psykiske sygdomme, selv ud fra de strenge diagnosekriterier der findes, er ifølge Topor et fint billede på, hvor komplekst psykisk sygdom er og et argument for, at det må forstås subjektivt.

Recovery-begrebet bliver derfor nødt til at overskride grænsen for psykiaterens blik og systemets vægge, og at se på det psykiatriske system for at forstå recovery er derfor ikke fyldestgørende. Derfor, forklarer Topor, er det også så svært at lave forskning på området. For dem, der prøver at definere det objektivt eller entydigt, misforstår da hele grundpræmissen for recovery (ibid.).

Recovery skal derimod ses som en proces, der vedrører hele livet, hvilket blandt andre psykolog og forsker Patricia Deegan, også beskæftiger sig med:

”For Deegan er det vigtigt at forstå at patienten ikke *bliver* helbredt sådan som for eksempel en bil bliver repareret. Det handler snarere om aktivt at (gen)oprette en ny opfattelse af ens eget jeg, hverken som det jeg der fandtes inden sygdommen, eller som et jeg der passivt accepterer sygdommen og de begrænsninger den indebærer. Altså noget aktivt: Individet kommer *sig*.

På en sådan baggrund kan det at komme sig betragtes som en udviklingsproces hvor individet generobrer sig selv og magten over sit eget liv. (...) Målet er ikke længere normalisering, men ”at følge vores menneskelige kaldelse til at blive dybere og mere menneskeligt fuldstændige” (...). (Topor, 2003: 53)

## En definition?

William A. Anthony, ph.d. og direktør for Center for Psychiatric Rehabilitation i Boston, er endnu en dominerende stemme inden for recovery-forskning. Selvom han er enig med Topor i, at recovery ikke kan defineres helt entydigt, ønsker han dog at forsøge at definere begrebet en smule mere (Anthony, 1993).

Anthony har ligesom Topor øje for den historiske udvikling af recovery-tanken og mener på baggrund af dette at kunne udlede, at ”[r]ecovery from mental illness is the vision that will guide the mental health system in this decade.” (ibid.: 1) Netop derfor er det relevant med en definition:

“Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.

Recovery from mental illness involves much more than recovery from the illness itself. People with mental illness may have to recover from the stigma they have incorporated into their very being; from the iatrogenic effects of treatment settings; from lack of recent opportunities for self-determination; from the negative side effects of unemployment; and from crushed dreams. Recovery is often a complex, time consuming process.” (ibid.: 4)

Det er denne definition af recovery, som man ser de fleste henvise til, når de skal forklare recovery. Herunder sundhedssystemer og politiske programmer verden over. Det er også denne definition Region Hovedstaden læner sig op ad.

I Anthonys definition forstås recovery som en personlig udvikling og en oplevelse, som overgår systemets grænser og evner, og skal nærmere ses som en ”*human experience*” (Anthony, 1993: 4), som alle mennesker kan opleve ved en livskrise. Det, at man opnår recovery, fjerner dog ikke oplevelsen af krisen, i dette tilfælde den psykiske sygdom, og effekten af krisen kan stadig være til stede, selvom recovery er opnået. Her vil personen samt dennes oplevelse af mening dog være ændret.

Derfor, mener Anthony, skal man med recovery-tilgangen ikke have så meget fokus på at mindske symptomerne på sygdom, men mere på de recovery-fremmende faktorer, såsom at forbedre personens rolle, sociale forhold og oplevelse af mening. Dermed vil man ende med mere end blot nedsættelse af symptomer, men også med oplevelsen af mere mening, formål, succes og tilfredshed. Alle elementer i et behandlingssystem for psykiske sygdomme bør derfor have recovery in mente og tro på, at det virker. På den måde vil recovery blive en samlende faktor for behandlingssystemet, også selvom udfaldet af recovery-processen kan være svært at måle: ”*The vagaries of recovery make it a mysterious process, a mostly subjective process begging to be attended to and understood.*” (ibid.: 6).

## **Hvad virker?**

Selvom Topor og Anthony altså er enige i, at recovery som begreb er vanskeligt at definere og svært at måle, viser forskning i psykisk sygdom i løbet af de sidste årtier, at mange mennesker opnår recovery trods psykiatriens syn på psykisk sygdom (Harding & Keller, 1998; Harrison et al., 2001). Forskningen har dog haft svært ved at definere, hvad der gør, at folk opnår recovery. Derfor mener flere, at det medicinske og psykiatriske paradigme ikke har været i stand til at forklare psykisk sygdom fyldestgørende, og recovery skal derfor forstås ud fra andre aspekter (Tew, 2005). Nogle af disse elementer er: strukturelle vilkår, individets egne egenskaber og sociale relationer (Topor, 2003).

## **Strukturelle vilkår**

Topor fremhæver særligt institutionernes strukturer som værende af stor betydning for forståelsen af psykisk sygdom:

”Kulturelle forestillinger om den psykiske lidelses art og om hvordan mennesker der rammes af alvorlige psykiske forstyrrelser, skal betragtes og behandles, henter næring

uden for psykiatrien, for senere at materialisere sig i institutionaliserede måder at håndtere dem på. Disse institutionaliserede måder har en tendens til at bekræfte deres egen berettigelse og nødvendighed. De medfører fremvæksten af professioner og viden/ideologier, hvis interesser falder sammen med deres respektive institutioners beståen.” (Topor, 2003: 84)

Institutionerne påvirkes i høj grad af de kulturelle forståelser af psykisk sygdom, og har stor betydning for behandlingen af den psykisk syge. Patienternes lidelser kan endda forstærkes eller forværres i mødet med systemet. Topor beskriver, hvordan *’[d]et enkelte individs lidelse organiseres i mødet med institutionerne.’* (ibid.: 85), og denne organisering udefra vil underminere patientens ’jeg’ og selvbillede ved at blive adskilt fra det sociale miljø og det tidligere levede liv. Dette liv udenfor systemet bliver i psykiatrien billedet på det, der er årsag til sygdommen, og behandlingen stræber derfor efter at skabe et nyt ’jeg’ med en ny identitet: *”Resultatet bliver en radikal omdefinering af individets identitet hvor man accepterer den psykiatriske verdens billede af ens egen historie og lever op til dens forventninger om hvordan denne historie, hans/hendes liv, skal fortsætte, det være sig som kronisk patient eller som et nyt menneske.”* (ibid.: 86) Topor fremhæver dermed den negative udvikling, der er i, at flere og flere institutionaliseres på denne måde.

Han påpeger dog også en optimisme, som opstår på baggrund af den erfaring: *”Kunne menneskers identitet nedbrydes af institutionelle mekanismer, så burde den også kunne opbygges af de omvendte mekanismer.”* (ibid.: 87) Det er ud fra denne optimisme, at tanken om recovery vokser.

Topor understreger derfor, at institutionerne må være i kontakt med det samfund, som patienten kommer fra og gøre sig bevidst om de normative strukturer, som det bygger på. Institutionerne skal bygge på patienternes normer og ønsker, og må ikke bestå som institution blot for institutionens eget bedste. Det skal dog ikke forstås som et totalt fravær af institutioner, påpeger den franske sociolog Robert Castel:

”Altså: Af-institutionaliseringen er ikke det samme som fraværet af institutioner eller det at nedbryde alle institutionelle strukturer; den kan derimod være det samme som sindssygens af-institutionalisering, dvs. at vi skaber en ny kultur omkring sindssygen, en kultur der også bør kunne vokse frem via institutionerne” (Castel, 1987: 20)

Frem for at nedbryde alle institutioner, skal de altså omformes ud fra en ny kultur, som recovery skal være med til at bære frem.

## **Individets egne egenskaber**

Ud over systemerne skal der i recovery også være fokus på det enkelte menneske. Det individuelle fokus er nødvendigt i recovery-forskningen, fordi det gør op med det traditionelle psykiatriske paradigme, hvor det personlige, individuelle syn på mennesket er blevet overset (Topor, Borg, Di Girolamo, Davidson, 2011).

Når mennesker oplever psykiske sygdomme, mener Topor, at jeg'et typisk vil blive degenereret og omorganiseret, og det første skridt man bør tage for at sikre patientens bedring er, at patienten ikke må reduceres til sin sygdom. Da vil patienten miste forbindelsen til egne lyster og ønsker. For at kunne skabe udvikling og opnå recovery har individet brug for at kunne mærke de lyster, det har, og generelt er patientens egen meningsdannelse vigtig: *"En vigtig faktor i mange patienters fortælling om deres bedring handler om at nå frem til en mening i de erfaringer man har gjort, og om at konstruere en sådan meningsfuld sammenhæng."* (Topor, 2003: 108) Det er altså vigtigt, at individet selv får lov at bevare definitionsmagten, og systemet skal derfor slippe sin magt over patientens oplevelse af sygdommen. Det vil give grobund for at patienten kan opbygge et nyt selvbillede og opnå anerkendelse i sin omgangskreds (Topor et al., 2011; Deegan, 1988).

## **Sociale relationer**

Det er vist, hvordan recovery ofte defineres som en personlig og individuel proces, hvor den enkelte persons oplevelser, ønsker og udvikling er i fokus. Flere argumenterer dog for, at man ikke må overse de sociale aspekter af recovery (Schön, Denhov & Topor, 2009; Topor, Borg, De Girolamo & Davidson, 2011; Borg & Kristiansen, 2004). Hvis fokus udelukkende er på den enkelte, så bliver det også den enkelte som helt og holdent har ansvaret for sin egen recovery (Ness, Borg & Davidson).

Derfor bør man ikke overse den sociale side af recovery. Recovery er nemlig i høj grad også en social proces, som foregår i relation til personens omgangskreds, familie og sociale liv (Davidson, 2003, Topor et al., 2011). Anthony beskriver det således: *"Recovery is a deeply human experience*

*facilitated by the deeply human responses of others. Recovery can be facilitated by any one person. Recovery can be everybody's business.”* (Anthony, 1993: 7)

Udover at familie og venner kan være med til at minde patienten om, at det er andet og mere end at være syg, så understreges det, at familien kan være behjælpelig med recovery-forløbet, ved at være et *“early intervention team”* (Topor et al., 2011: 92). De kan være med til at opspore behovet for hjælp samt tale den lidende persons sag over for fagpersonalet. Dermed kan familien inddrage viden om personen og pege behandlingen i den retning, som passer godt ind i det levede liv udenfor systemet.

Derfor er det også en vigtig del af recovery, at personen kommer i kontakt med ligesindede. Det kunne blandt andet være peer-medarbejdere, som selv har været i en lignende situation. Her vil der være en gensidig forståelse og ens liv bliver meningsfuldt for én selv og andre (Topor et al., 2011, Ness et al. 2014).

Det er dog også vigtigt, at se på de relationer, som personen indgår i med fagpersonerne. Flere beskriver, hvordan det ikke er bestemte metoder, der medfører recovery (ibid., Tew, 2005) men i højere grad selve relationen til den fagprofessionelle. Patienterne understreger dermed i høj grad vigtigheden af en god *“working alliance”* (Topor et al., 2011: 92). Denne gode relation vil opstå, når den professionelle gør noget, som ikke er forventet eller krævet af relationen. Det kan være at trække mødet længere end aftalt, mødes efter afsluttet forløb, låne patienten penge, give en gave osv.:

”These kinds of everyday events – which are not supposed to occur in a professional relationship – are the very events that seem to create a working alliance. They make it possible for the person to experience being seen, heard and respected, those characteristics that typify a helping relationship.” (ibid.: 93)

Det beskrives som en reciprok relation, hvor begge parter skal indgå som en emotionelt engageret part og dermed få gensidigt udbytte af relationen. Det er nødvendigt for den gode reciproke relation, at den professionelle overskrider sine faglige forpligtelser og engagerer sig med sin person. Det medfører, at den professionelle ses som uprofessionel i systemets øjne, men som menneskelig i patientens øjne, hvilket må vægtes højest. De recovery-orienterede praksisser skal derfor stræbe

efter at skabe relationer, hvor magten er fordelt mere ligeligt mellem patient og behandler (Topor et al., 2011).

## **Individet som helhed**

Når de sociale faktorer omkring patienten skal tages i betragtning, betyder det, at systemet skal forsøge at se patienten som et individ i sin helhed.

”Fælles for en betydelig del af forskning omkring det at komme sig er at den placerer den psykisk lidende person i sin livssammenhæng. Dette enkle skifte af fokus indebærer et radikalt brud med den traditionelle psykiatris fremgangsmåde, hvor sygdommen afbryder individets deltagelse i det sociale liv, noget der længe er blevet bekræftet i praksis i og med patienternes isolering på asyler.” (Topor, 2003: 126).

Larry Davidson og John S. Strauss (1995) har ligeledes kritiseret psykiatrien for at se patienterne som udelukkende syge, at se symptomer og afskære omverdenen. Derfor foreslår de, hvad de kalder en *“life-context approach”* (Davidson & Strauss, 1995: 48). Med denne tilgang vil man kunne se patienten i sin helhed og samtidig nedbryde grænsen mellem det syge og det raske.

”In order to take this next step, it will be necessary to characterize both illnesses and processes of recovery descriptively rather than by comparing them to assumptions regarding normality. This entails describing illness no longer as an absence or deviation, but in terms of its particular configuration of features and their impact on the person’s life as a whole. It also entails describing aspects of a person’s life outside of illness such as strengths and areas of health, rather than defining the person’s life only in terms of what it lacks.” (Davidson & Strauss, 1995: 49)

For fortsat at kunne se patienterne som hele individer, må det psykiatriske system inddrage fire centrale dele af individers livsforløb. 1) Intentionalitet, beskriver individets lyst til at bevæge sig i en bestemt retning. 2) Temporalitet, som skal minde om at sygdommen skal ses i en tidlig sammenhæng, og at den ikke er en konstant i personens liv. 3) Mening, som skal forstås som en individuel forståelse af mening ud fra erfaring, livsforløb og værdier. Den personlige mening er



derfor helt essentiel i en recovery-udvikling. 4) Sameksistens mellem kompetence og dysfunktion, som skal minde behandleren om, at en patient aldrig udelukkende er patient og syg, men altid vil bevare andre elementer af sin person (Davidson & Strauss, 1995).

## Recovery i praksis

Anthony understreger, at selvom recovery er svært at definere som begreb, så er selve visionen for recovery klar. Han påpeger dog, at det kan være svært at implementere det i det psykiatriske system (Anthony, 1993). Også Topor og Strauss nævner udfordringerne ved at overføre recovery til praksis. De elementer, som her er præsenteret som vigtige for at kunne etablere en recovery-tilgang i psykiatrien, er noget anderledes end den tilgang, der sædvanligvis er i det psykiatriske paradigme. Men netop derfor mener Topor, at recovery kan være med til at åbne muligheden for, at psykiatrien kan gøre op med den traditionelle forståelse af psykisk sygdom (Topor et al. 2011). På den måde kan recovery-forskningen være med til at ændre selve strukturen for det psykiatriske system, og blandt andet gøre plads til nye positioner: *”Moving the locus for where users and providers meet has created an opening for new actors and old actors with new identities”* (ibid.: 95). Topor understreger, at den viden, der produceres ved recovery-forskning, er en ny slags viden inden for psykiatrien, og de sætter spørgsmålstejn ved, hvorvidt denne nye viden nu vil kunne være med til at forandre psykiatrien (Topor et al. 2011).

Det bliver derfor vigtigt at have fokus på selve de strukturelle og praktiske rammer, som udgør psykiatrien. *”Strukturelle omstændigheder danner en ramme for vores reproduktion af den offentlige godkendte praksis og viden som på et givet tidspunkt er mulig.”* (Topor, 2003: 129). Gennem forskning som ovenstående bliver det relevant at sætte spørgsmålstejn ved psykiatriens forudsætninger og grundtanke:

”Udviklingen er ujævn med hensyn til psykiatriske sygdomme og processen med at komme sig (...). Men den opfattelse at en abnorm tænkemåde klart adskiller sig fra en normal, at et symptom er klart adskilt fra et andet, eller at en vis diagnosekategori er tydeligt adskilt fra en anden, lader til at være fejlagtig og har sandsynligvis ført os på vildspor i vores tænkning om behandling og ætiologi.” (Strauss 1992: 25)

Strauss, Topor, Davidson og andre recovery-forskere taler altså for en udbredelse af recovery i psykiatrien og dermed også et opgør med det traditionelle psykiatriske paradigme. De ser dog visse problemer ved at skulle få recovery integreret i praksis. Som beskrevet er recovery svær at definere og indfange i videnskabelige undersøgelser. Det meste af den viden, der findes om recovery, bygger på kvalitative undersøgelser, som ikke vægtes højt inden for det naturvidenskabelige og medicinske felt.

”Indledningsvis må det fastslås, at emnets kompleksitet ikke egner sig til de forskningsmetoder som sædvanligvis anvendes inden for det medicinske felt. Vi står altså over for en opdagelses tid, en tid hvor vi må kortlægge et ret ukendt område. En tid hvor vi har stort behov for at få adgang til nøjagtige beretninger som beskriver erfaringer/praksis.” (Topor, 2003: 135)

Anthony understreger også, at recovery må anses mere som en vision end en praksis:

”Recovery may seem like an illusory concept. (...) However, it is the concept of recovery, and not the many ways to measure it, that ties the various components of the field into a single vision. (...) Recovery is a simple yet powerful vision.” (Anthony, 1993: 5)

”A vision pulls the field of services into the future. A vision is not reflective of what we are currently achieving, but of what we hope for and dream of achieving. Visionary thinking does not raise unrealistic expectations. A vision begets not false promises but a passion for what we are doing.” (Anthony, 1993: 9).

Selvom recovery mest skal ses som en stærk vision, som er svær at afgrænse og måle, skal man ikke underkende dens magt. Det er altså ikke nødvendigvis et problem, at det er en vision, der leder et sådant område, for recovery kan, ifølge Anthony, åbne nye muligheder for, hvordan vi behandler mennesker med psykisk sygdom (Anthony, 1993).

## Kritik af recovery

Denne del af litteraturstudiet vil bygge på gængse kritikker af recovery. Mange af kritikerne af recovery påpeger som udgangspunkt, at recovery bliver mere og mere udbredt i mange lande ligesom det dominerer i politiske beslutninger på psykiatriområdet (Harper & Speed, 2012; Oute et al. 2015, McWade, 2016). De ønsker at give et kritisk modspil til den ofte udelukkende positive udlægning af recovery, som de mener at se (Harper & Speed, 2012, Beresford, 2002).

## Individualisering

Et gennemgående kritikpunkt er, at recovery i høj grad er individualiserende (Oute, 2016). For at opnå recovery skal folk ændre attitude, holdning, følelser, mål, evner og roller. Fokus er ikke på de større sociale strukturer omkring patienten eller systemet, men på den marginaliseredes pligt til selv at ændre sig.

”Recovery is thus framed as the need for the service user to acknowledge the inappropriateness of their negative beliefs, values and behaviours and to rethink these ”inappropriate” cognitions and behaviours into a set of more satisfying, hopeful and contributory values and behaviours. This model of recovery makes emotional distress an explicit problem of individualized identity, rather than for example, an effect of structural inequality.” (Harper & Speed, (2012): 12)

I denne individualiserede tilgang til recovery, ligger der en underliggende forventning om, at patienten har et personligt ansvar for sin sygdom og behandling. Denne forventning om at kunne ‘self-manage’ sin sygdom kalder kritikerne ’responsibilization’ (Harper & Speed, 2012: 13; Oute et al. 2015: 955). Harper og Speed viser et eksempel på dette fra et dokument om recovery fra den britiske sundhedssektor: ”[self-care] *does not mean doing everything on your own. It means being responsible for your own well-being, including seeking help and support from others when necessary*” (100 ways to support Recovery, i Harper og Speed, 2012: 13). Man har altså selv ansvaret for at opsøge hjælp ved behov, men selve behandlingen er bestemt af systemet.

Denne ansvarliggørelse er dybt forankret i recovery-tilgangen, men er diskursivt fremstillet på en sådan måde, at man forsøger at fremstille patienten som stærk og med autonomi til at vælge og

opsøge hjælp. Men underliggende er altså, at psykiatriens magt over patienten består (Harper & Speed, 2012; Oute et al. 2015).

## **Strukturelle faktorer**

En anden gennemgående kritik af recovery er, at tilgangen overser de samfundsmæssige og strukturelle forhold, og i stedet reducerer alle sociale faktorer til at være interpersonelle. De sociale faktorer, som fremhæves i recovery-policer og i psykiatrien, er de relationer, som patienten har til sine pårørende og sin behandler (Oute et al. 2015; Ringer, 2013). Dermed overses de samfundsmæssige strukturer, som påvirker mennesket og dets recovery-process. Det underkender den sociale, økonomiske, politiske og uddannelsesmæssige baggrund og de muligheder, som de forskellige faktorer medfører (Harper og Speed, 2012; McWade, 2016). Recovery-tilgangen formår dermed i kritikernes øjne ikke at indregne et samfundsansvar over for behandlingen af psykisk syge.

## **Skjult fokus på patienternes fejl og mangler**

Recovery-tilgangen påstår blandt andet at ville gøre op med psykiatriens fokus på patienternes fejl og mangler (Harper & Speed, 2012: 9). Men selvom recovery i sin grundlæggende form udspringer af et ønske om at gøre op med den dominerende fejlfinderkultur, så argumenterer kritikerne for, at det består i det nuværende recovery-arbejde. Harper og Speed bruger et britisk dokument med navnet *No health without mental health* (2011) som eksempel. Her står der:

”More people who develop mental health problems will have a good quality of life – greater ability to manage their own lives, stronger social relationships, a greater sense of purpose, the skills they need for living and working, improved chances in education, better employment rates and a suitable and stable place to live.” (Harper og Speed, 2012: 14)

Her ser man igen de negative effekter af psykisk sygdom vendt om og beskrevet positivt. Man får *bedre* liv, relationer, mening og evner, hvis man følger recovery-tilgangen. Dermed også sagt, at mennesker med psykisk lidelse i udgangspunktet har *dårlige* liv, relationer, mening og evner.

Dermed formår recovery ikke at bryde med den traditionelle forståelse af sygdom, den pakker blot den samme forståelse ind i andre, mere positive sproglige klæder (Harper og Speed, 2012).

Det samme gør sig gældende med måden man italesætter patienten på. Oute påpeger, at der ligger en indirekte italesættelse af patienterne som svage og inkompetente (Oute, 2016, Hansen & Randwijk, 2013). Det fremgår af måden, man italesætter patienten som én, der skal finde styrke til at erkende sin sygdom for derved at blive i stand til at opsøge den rette behandling. En patient udtaler: *”When one is suffering, you have to open yourself up – by daring to recognize that you are weak.”* (Oute et al. 2015: 956). Oute kommenterer: *”Paradoxically, this implies that it is considered a strength to identify oneself with weakness.”* (Oute et al. 2015: 958). Denne opdeling af ‘syg’ og ‘rask’, ‘svag’ og ‘stærk’ opretholder dualismen mellem syge og ikke-syge. Det er naturligvis problematisk, understreger Harper og Speed, når formålet med tilgangen fastslås som det modsatte (Harper og Speed, 2012).

Udover en indirekte diskursiv forankring af patienten som svag, så ser Oute også, at det påvirker praksis:

”The professionals presented themselves as being capable of revealing the true nature of the diagnosed person and demarcating the relevant treatment. In this way, the professional determined the relevance of the diagnosed person’s own perspective and attempts to resolve his or her own problems.” (Oute et al. 2015: 954-955)

De professionelles syn på patienten vægtes højere end patientens og de pårørendes. Flere kritikere påpeger derfor også, at man ser en voksende utilfredshed med recovery-tilgangen blandt brugere, da tilgangen er blevet koloniseret og nu styres af det psykiatriske system, som det i sin tid havde til hensigt at udfordre (McWade, 2016; Harper & Speed, 2012).

## **Neoliberalisme**

De fleste kritikere er enige om, at mange af ovenstående kritikpunkter udspringer af recovery-tilgangens underliggende neoliberale ideal. Med dette menes, at de styrende kræfter anses som markedsværdier, individuelt ansvar, minimal statslig indblanding, risikovillighed og uundgåelig ulighed (Ayo, 2012; Bröckling, 2016).

Harper og Speed understreger blandt andet individualiseringen og den personlige ansvarliggørelse som et tydeligt udtryk for en neoliberal tænkning: ”*Neoliberal policies invite people to see certain problems as the responsibility of the individual rather than, for example, the State.*” (Harper & Speed, 2012: 13).

Oute beskriver, hvordan neoliberalisme bliver brugt som argument for recovery:

”[I]nvolvement is considered a political objective that refers to the optimization of personal recovery, compliance, and autonomy of the ill individual (...). The Emphasis on such individualizing objectives gives a framework to the fact that the relative is perceived as someone who supports and optimizes the ill person’s recovery, autonomy, and compliance and is articulated as follows: ”Studies show that purposive involvement of relatives can make the treatment of the patient more cost effective.” (Oute et al. 2015: 957)

Her ses det hvordan effektivitet, økonomi, autoritet og optimering understreges som vigtige elementer i recovery. Effektivitet er ofte nævnt i forbindelse med inddragelse af pårørende, hvor man kan uddelegere opgaver til de pårørende. Af dette kommer også et (...) *tremendous economic gain* (...) (Etisk Råd, 2012 i Oute et al. 2015: 959, se også Glasdam et al., 2018), som ifølge kritikerne må anses for at være et neoliberalt argument.

Patientens autonomi bruges også direkte som argument for de professionelles ret til at bestemme: ”*To ensure the ill person’s autonomy and health, it thus becomes a responsibility for professionals and others to demand that the ill individual consents to, and complies with, the diagnosis and treatment.*” (Oute et al. 2015: 958). Oute påpeger derved det paradoksale i, at autonomi ses som en etisk vigtig del af at være menneske, og at psykiatrien derfor ser det som sit ansvar at tvinge mennesker i behandling, så de kan genvinde deres autonomi. Harper og Speed stemmer i: ”*These manifestations of responsible individuals speak directly to neoliberal models of the service user.*” (Harper og Speed, 2012: 16)

Dette neoliberale blik på recovery anses for at være fordelagtigt til at kunne påvise uoverensstemmelser mellem politikker på området og praksis (Ayo, 2012: 99).

Som beskrevet tidligere mener kritikerne ikke, at recovery formår bryde med den traditionelle dominerende medicinske diskurs inden for psykiatrien. Tværtimod synes den nærmest at forstærke den, nu blot pakket ind i positive ord og neoliberale værdier. Det giver ikke rum for andre forståelser af sygdom og recovery. Harper og Speed argumenterer derfor for, at recovery-diskursen får en autoritet, som den ikke kan leve op til, og i stedet ender med at skabe en ensrettet forståelse af den gruppe, som den berører – mennesker med psykiske lidelser (Harper og Speed, 2012). McWade påpeger ligeledes, at recovery-tilgangen ikke formår at ændre praksis: *“At best, then, we can assert that recovery is a site of contested meaning. At worst, it is a discourse implicated in the continued marginalisation, medicalisation and exclusion of “mad” people.”* (McWade, 2016: 4). Det er blot endnu et tegn på, at recovery er blevet koloniseret af psykiatrien og har gjort det personlige til et spørgsmål om personligt ansvar. Det legitimerer samtidig, at behandlerne fortsat kan bestemme over behandlingerne, også selvom patienterne modsætter sig det. At der er en så dominerende recovery-diskurs inden for psykiatriområdet viser derved ikke, at der er rykket ved normen i psykiatrien, men snarere at recovery-tilgangen er blevet påvirket og 'co-opted' af psykiatriens paradigme (Harper & Speed, 2012).

Så længe recovery påstår at have til formål at give den enkelte magt over eget liv og sygdom, men samtidig bygger på neoliberale værdier i praksis, vil det ikke få den ønskede effekt: *“In this context, the focus on individual change alone is always doomed to failure in a social justice context.”* (Harper og Speed, 2012: 18; se også McWade, 2016). Det vil nærmere få den omvendte effekt og blive diskriminerende overfor patienterne og føre til uretfærdig behandling (McWade, 2016: 2; Tyler, 2010). Blandt andet betyder tilgangen, jf. kravet til patientens eget engagement og ansvar i behandlingen, at der vil være stor forskel på, hvordan forskellige mennesker og befolkningsgrupper vil kunne leve op til kravene. McWade påpeger, at særligt etniske minoriteter og fattige bliver overset og diskrimineret (McWade, 2016: 4).

## **Recovery som begreb**

En del af problemet skyldes ifølge flere kritikere, at begrebet 'recovery' ikke er klart defineret (Ness et al., 2014, Oute, 2016). Der er mange forskellige faggrene, der har forsøgt sig med recovery-begrebet, og man kan derfor ikke sige, at recovery særligt tilhører en bestemt gren, bevægelse eller tid (McWade, 2012, Oute & Ringer, 2014). Derfor er der også flere forståelser af

recovery og brugen af det varierer. Derfor undrer det kritikerne at begrebet er så udbredt (Harper & Speed, 2012).

Flere påpeger, at når der henvises til konkrete definitioner, hvor der eksempelvis skelnes mellem klinisk og personlig recovery, bliver det blot endnu tydeligere, at begrebet er koloniseret af psykiatriske forståelser. Når disse to adskilles, giver det mulighed for at kunne se den personlige recovery som et tillæg til den kliniske recovery og dermed favorisere den kliniske forståelse (Harper & Speed, 2012, McWade, 2012). Det gør det umuligt at implementere recovery, som det oprindeligt var tiltænkt.

Derfor kan man heller ikke se recovery-begrebet som afskåret fra de magtstrukturer, det er indlejret i. De determinerer hvilken forståelse af recovery, der får mest plads og anerkendelse, og her må det psykiatriske system nødvendigvis ses som det mest magtfulde (McWade, 2012; Moser, 2008).

Harper og Speed spørger derfor, hvad vi kan bruge recovery-begrebet til i dag? Har det mistet sin værdi, eller kan vi redefinere det? Problemet er:

”Although there are other non-medical definitions of recovery, the issue is that the term itself has an ambiguous meaning. Because of this, on what basis can we say that a mental health service is or is not ”recovery-oriented”? How do we deal with conflicts between models (e.g. clinical recovery versus personal recovery)? Does it simply become a case of arguing for one’s own definition of recovery: ”this is what recovery really means...” or ”this is what recovery means for me”?” (Harper og Speed, 2012: 20)

Harper og Speed mener, at vi i stedet bør kigge til brugerbevægelserne for at finde inspiration til, hvordan vi kan opbygge alternative progressive tilgange. Brugerbevægelserne ønsker at tilbyde moddiskurser og normer, hvor brugere og tidligere brugere kan blive hørt, og hvor fokus er på lighed og social retfærdighed. Da vil man ifølge Harper og Speed kunne opnå det, som man i sin tid ønskede med recovery (Harper og Speed, 2012).



## Opsamling

Ud fra ovenstående litteraturstudie, bliver det tydeligt, at de to lejre taler fra hver deres ståsted. Den ene lejr, fortalene, ser recovery som en humanistisk tilgang til mennesket, som giver mulighed for at behandle mennesker holistisk og etisk forsvarligt. Det ses som en vigtig mission og vision, som bryder med det psykiatriske paradigme. Fortalerne beskriver derfor recovery som udtryk for en forandring i det psykiatriske paradigme og de mener at recovery-tilgangen tilbyder patienter nye mulige positioner, hvor de kan styre efter egne mål.

Den anden lejr, kritikerne, ser recovery som udtryk for en neoliberal tilgang til mennesker, hvor individet må selvstyre, tage ansvar og passe ind i de større samfundsstrukturer. Kritikerne er ikke nødvendigvis uenige med selve visionen, men de kritiserer recovery i praksis for at være koloniseret af det psykiatriske paradigme og dermed ikke gøre nogen forskel - nærmere tværtimod. Kritikerne ser derfor recovery som udtryk for en måde, hvor staten og psykiatrien kan styre patienterne til at handle ud fra statens ønsker samtidig med at systemet overlader ansvaret til den enkelte. De påpeger dermed den uretfærdighed der ligger i, at stille patienterne selvstændighed i udsigt, men ikke reelt give dem det. Dermed mener kritikerne ikke, at recovery-tilgangen formår at bryde den dominans og den paternalisme, som det psykiatriske system har.

Man kan dermed forstå de to lejre som udtryk for en stridighed omkring recovery-tilgangens paradigmatisk grundlag. Det er to positioner, som benytter hver deres diskursive praksis for at beskrive recovery, og uenighederne tyder på en igangværende forhandling om de kollektive mentaliteter, som er forbundet med recovery.

Der er bestemte elementer i recovery-tilgangen, som begge positioner berører men forankrer diskursivt forskelligt. Disse elementer er: Brud med psykiatriens paradigme, individualisering, sociale og strukturelle forhold, rationaler om økonomi og effektivitet og recovery som begreb.

De to positioners diskurser om de nævnte elementer vil i den følgende analyse blive uddybet, ligesom de vil blive nuanceret og analyseret op mod praktikerne Ellen og Annas udtalelser, som på hver deres måde positionerer sig i forhold til diskurserne. I analysen vil der indgå citater fra Ellen og Anna, ligesom jeg som interviewer få steder vil indgå i citaterne. De tre personer er forkortet således: E: Ellen, A: Anna, I: Interviewer.

# Analyse

## Recovery i praksis

Mine informanter arbejder på forskellig vis med recovery i praksis. Ellen som recovery-mentor i København, Anna som leder for en organisation af psykiatriske brugere i Danmark, og er med til at uddanne peer-medarbejdere. De beskriver deres funktioner således:

E: Og min funktion er meget... altså (...) udefra set så ligner det jo meget det, en sygeplejerske gør, i forhold til at have sådan et forløb med patienter, der er under indlæggelse med samme formål jo, at de kommer ud af den akutte fase og bliver klar til at blive udskrevet. Men indholdsmæssigt så gør jeg det jo meget anderledes, og så ved jeg jo også, at jeg arbejder med den her forståelse af recovery-tilgangen som et grundlag, og det gør andre faggrupper ikke. (...) altså sådan rent formelt er den anderledes, fordi jeg ikke dokumenterer. Det gjorde jeg så i starten. Det er så blevet lavet om. Men det, at man ikke dokumenterer, og så at jeg ikke giver medicin og at jeg ikke er fast kontaktperson for nogen, så jeg er ligesom ikke den, der har ansvaret, og så er det sådan lidt mere løst på den måde.

A: Jeg sidder som daglig leder i [organisationen], og meget kort så er det et netværk for peer-medarbejdere. Så vi sidder sådan lidt i andet led, og jeg har jo ikke direkte kontakt med borgere eller patienter, eller hvad man kalder gruppen, som ofte er centrum for den her recovery. Men jeg har mere at gøre med de mennesker, der arbejder med recovery.

De har ud fra deres forskellige jobfunktioner også meget forskellige hverdage i arbejdet med recovery. Ellen er den, der besidder den rolle, der er defineret som kernen af regionens indsats på recovery-området. Anna er repræsentant for brugerbevægelsen og arbejder med recovery uden for det psykiatriske system. De peer-medarbejdere, der uddannes i organisationen vil dog ofte komme ud og arbejde i eller i relation til det psykiatriske system. Deres beskrivelse af recovery i praksis er derfor også forskellig.

E: (...) da jeg startede, der skulle jeg jo selv finde ud af, hvad jeg skulle. (...) Altså jeg blev bare taget imod sådan 'Nå er det i dag, du starter? Jamen hvad skal du egentligt her?' [Begge griner lidt] Og der var ikke nogen klar funktionsbeskrivelse dengang, det er der så kommet nu. Der var ikke noget uddannelsesforløb, der var ikke noget kursus, der var ikke noget... altså der var ikke noget. Og der var ikke nogen ude i afsnittet, der vidste noget, og der var ikke noget, altså dem der koordinere det ude i Ballerup jo fra kompetencecenteret derude, der var ikke noget konkret viden eller noget, man fik med sig. Så det var bare helt,

altså. Og jeg vidste ingenting. (...) Og jeg vidste jo heller ikke, hvad recovery var, (...) det var jo også helt nyt. Og det var der jo heller ikke nogen i afdelingen, der vidste.

Ellen har været recovery-mentor i fire år, og har dermed været med næsten fra start, da funktionen blev indført. Hun beskriver, hvordan hendes start som recovery-mentor i høj grad var præget af usikkerhed og uvished fra både hendes og afdelingens side. Den usikkerhed, som hun i starten opfattede som en usikkerhed omkring opstarten af funktionen, påvirker dog stadig hendes job og begrænser hendes muligheder:

E: Men det er det, der er rigtig svært i rollen, fordi jeg er kun mig. Og den der styrer patientens forløb, det er jo deres kontaktperson og deres læge. (...) Jeg kan jo ikke sætte en retning, det kan jeg kun ved at jeg ligesom kender, 'nå okay, jeg ved godt at det er den kontaktperson, og hvis jeg siger noget på den her måde, så kan jeg godt få den kontaktperson til at gøre sådan og sådan.' Så det er mere sådan, at jeg laver lobbyarbejde for patienten, (...) end at jeg reelt kan gøre noget.

Ellen oplever en mangel på samarbejde med de andre faggrupper, og hendes muligheder for at påvirke et patientforløb i en mere recovery-orienteret retning går altså gennem de mere magtfulde positioner i psykiatrien, herunder læger og kontaktpersoner. Hun beskriver det som et lobbyarbejde, hvor hun, hvis hun taler patienternes sag, kan være med til at påvirke praksis. I sig selv har hun som recovery-arbejder ikke meget magt, og recovery-funktionen er undermineret af det psykiatriske styrings-regime. Det er hun bevidst om, og derfor positionerer hun sig bevidst på en sådan måde, at hun får en grad af legitimitet. Man kan sige, at hendes opgave bliver, at forsøge at rykke recovery fra at være 'outside the truth' til at være 'within the truth', ved at gå med på det psykiatriske systems præmis. Spørgsmålet er da, om hun oplever, at det gør praksis recovery-orienteret?

I: Ville du sige, at jeres afdeling som helhed arbejder recovery-orienteret?

E: Nej.

I: Nej?

E: Nej. Bestemt ikke nej. Overhovedet ikke. (...) Men samtidig med at regionen vil jo gerne officielt recovery. Og det er jo en politisk retning, der er sat. Og der er jo en strategi for det. Men samtidig er der jo ikke faglig opbakning til det. (...) Så nej, jeg synes ikke, at afdelingen er recovery-orienteret. Jeg synes ikke, at regionen er det.

Ellen ser en diskrepans mellem den politisk udmeldte retning om recovery, og hvordan det fungerer i praksis. Hun oplever, at den faglige modstand mod recovery gør, at afdelingen ikke bliver

recovery-orienteret. Recovery bliver dermed undermineret af den magtfulde faglighed og vidensforståelse, som ligger i psykiatrien. Den politiske diskurs om recovery er dermed i sig selv ikke nok til at gøre hverken en psykiatrisk afdeling eller en region recovery-orienteret.

Anna kommer ind på samme udfordring, men nævner samtidig et udviklingspotentiale:

A: (...) at arbejde recovery-orienteret synes jeg jo også henviser lidt til, at der er en forandring, der er i gang. Og der vil jeg våge at påstå, at vi i [organisationen] er meget langt. Altså jeg tror at vi helt ind til knoglerne har et recovery-orienteret syn, menneskesyn for eksempel.

I: Når du siger, at der er en forandring på vej, tænker du så for borgeren eller for den institution, der vælger at arbejde recovery-orienteret?

A: Ja. Helt sikkert institutionen.

I: Så selve det at sige, at man arbejder recovery-orienteret, tænker du, medfører en eller anden form for udvikling? Eller er udtryk for, at de er i en eller anden proces?

A: Det er i hvert fald det, man ønsker. Jeg synes desværre ikke altid, at det er det, man ser i praksis. Fordi jeg tror, at det er meget nemmere at sige, at man arbejder recovery-orienteret end at rent faktisk være villig til at gøre det arbejde, som der kræves. Fordi vi er jo helt nede, ja vi er jo helt inde i det der med menneskesynet.

Anna har samme oplevelse som Ellen af, at implementeringen af recovery i praksis er svært udfordret. Det psykiatriske område benytter sig af en recovery-diskurs, som opnår mere og mere magt, men det at implementere tilgangen i selve arbejdet er ifølge begge informanter endnu ikke sket. Dermed ses der en diskrepans mellem den diskursive praksis og handleorienterede praksis i psykiatrien. Dog må den udvikling, der er i, at recovery trods alt er en politisk dominerende diskurs på området, ikke underkendes og så længe en psykiatrisk afdeling eller en region påstår, at de vil arbejde recovery-orienteret, så er der i følge Anna en udvikling på vej. Recovery-diskursen i sig selv kan dermed være med til at udfordre de traditionelle psykiatriske diskurser.

## **Brud med psykiatriens paradigme**

Både fortalere og kritikerne er enige i, at recovery udspringer fra et ønske om at ville noget andet: en anden tilgang til psykiatri, mennesker med psykiske lidelser og sygdom. Det træder i særdeleshed frem hos fortalere, som ofte tager udgangspunkt i det negative i psykiatrien, når de skal forsøge at beskrive, hvad recovery er. De manifesterer psykiatrien diskursivt som et system, der har fejlet og er umenneskelig, og ønsker at bryde den dominerende diskurs om, at psykisk sygdom er en kronisk tilstand. I stedet ønsker de en mere humanistisk, moralsk tilgang til psykisk

sygdom, hvor der er fokus på den menneskelige udvikling og med plads til forskellighed. Recovery skal overskride psykiatriens grænser og nedbryde dens dominerende medicinske diskurs og forståelse af sygdom.

Kritikerne mener dog ikke, at recovery-tilgangen kommer i mål med dette. De ser, at det psykiatriske paradigmes grundelementer i høj grad eksisterer i recovery-tanken. Det er blot pakket ind i en positivt ladet diskurs om menneskelighed og autonomi. Kritikerne mener derfor ikke, at recovery-tilgangen er lykket med at bryde med det psykiatriske paradigme. Tværtimod er recovery blevet koloniseret af psykiatriens forståelser, og kan nærmest være med til at give paradigmet endnu mere magt, og den diskursive fortælling om recovery som modsvar til psykiatrien klinger i deres ører hult.

Begge informanter er som vist i foregående afsnit inde på den udfordring, der ligger i at indføre recovery i det psykiatriske praksisfelt. De er enige i, at det grundlæggende i recovery-tanken er, at ville bryde med det psykiatriske paradigme. Det er her, de tager fat, da jeg beder dem forklare mig, hvad recovery er. Ellen svarer:

E: (...) Jeg ser meget recovery i modsætning til den paternalisme, der er nu. Altså det er sådan lidt et modsvar til, altså en modkultur til det, der er nu. Og at recovery også meget er- altså udover at være noget i sig selv, så er det jo også et ønske om at ændre det, der er nu. Så det bliver meget... i modsætning til det. Og det, synes jeg, er rigtig vigtigt, at det er.

Udover at være 'noget i sig selv', er recovery i høj grad bygget på ønsket om at bryde med psykiatriens paternalistiske tilgang til patienter. I stedet for at definere, hvad recovery 'er i sig selv', forankrer Ellen recovery diskursivt som noget, der er et modsvar til psykiatrien. Det er en modstand til en magtfuld disciplin, og recovery må i høj grad forstås som drevet af et ønske om at skabe forandring. På den måde positionerer Ellen recovery modsat psykiatrien, som vi også så det hos fortalerne. Men begge informanter ser dog også udfordringer forbundet med at implementere recovery på den vis i et psykiatrisk system:

A: Der findes så mange perspektiver på psykisk sygdom, på livskriser, og der er simpelthen bare ét paradigme, behandlingspsykiatrien, der har virkelig fået et patent på, at de kan definere, hvad psykisk sygdom er. Der er alle mulige stemmer, der prøver at sige noget andet, men vægtningen af den er bare helt skæv. (...) Der er bare noget ved psykiatrien, som er så bestemt af gamle tider, som står i vejen for den her recovery-orienterede bølge.

I: Kan de to ting [behandlingspsykiatrien og recovery] arbejde sammen, tror du?

A: Altså hvis du spørger mig personligt, så nej.

Psykiatriens magt er så dominerende, at recovery-tilgangen har svært ved at få fodfæste som et legitimt modsvar, hvilket kritikerne også påpeger. Selvom Anna antyder, at psykiatrien er i en paradigmatisk revolution, hvor forskellige perspektiver kæmper om definitionsmagten, er der ikke noget perspektiv, der har kunnet udfordre den magt, psykiatrien er tilskrevet. Den ny viden, der forsøger at udfordre psykiatriens, taber forhandlingen og det psykiatriske paradigmes magt består.

Alligevel åbner informanterne op for, at tilstedeværelsen af recovery-arbejde i det psykiatriske system, selv under disse omstændigheder, *kan* ændre noget:

A: Så jeg tror egentlig godt på, at man kan skabe forandring. Men jeg tænker lidt, at det tager en menneskealder.

E: Der er jo forskellige dagsordner og forskellige ønsker, som er sideløbende, og der er recovery jo et af dem. Så det er jo ikke sådan, at det er enten eller. Altså der er jo mange ting i spil på en gang. Og man (...) har jo mange handleplaner, man ansætter mange recovery-mentorer, så det er jo ikke fordi, at der slet ikke er noget af det. (...) Og det er stadigvæk jo noget, der skal implementeres. Fordi at det jo bare er sådan en stor organisation. (...) Og så er der selvfølgelig bare det her med forskellige dagsordener, der kører i en stor organisation. Og der er recovery lige nu en af dem.

Selvom recovery kæmper mod et mægtigt og magtfuldt paradigme, åbner informanterne alligevel op for, at recovery-tilgangens tilstedeværelse i sig selv er med til at gøre en forskel. Blot det, at recovery-diskursen får mere magt, gør en forskel og udfordrer de dominerende diskurser. Det tilbyder en position til både praktiker og patient. Ellen forklarer, hvordan hun får mulighed for at bruge den alternative position i arbejdet med patienterne:

E: Og der kan det godt være frugtbart at jeg ligesom snakker med den patient om, 'prøv at hør, systemet fungerer på de her præmisser, men der er også den her tankegang, som rigtig mange mener, er det rigtige, og det harmonerer med sådan, som du er, så du er ikke forkert, fordi at du går i karambolage med det her system.

Selvom Ellen beskriver, at hendes handlemuligheder er begrænset inden for systemet, er hun qua sin recovery-position i stand til at kunne tilbyde patienterne en modposition mod systemet. Hun kan tilbyde en anden sandhedsforståelse, som gør patienterne i stand til at stille sig kritiske overfor det

dominerende paradigme, som de møder. Derudover giver det også mulighed for at patienterne kan påtage sig en position, som Ellen kan præsentere for dem som en magtfuld. Det giver patienterne legitimitet til at forhandle med psykiatriens præmisser.

At recovery endnu ikke er lykkedes som ønsket, er dermed ifølge informanterne ikke et bevis på, at det ikke gør en forskel. Meget skal dog ændres, hvis recovery skal implementeres efter hensigten:

E: Jamen jeg tænker, at det fundamentale, hvis recovery skulle lykkes som en ny tilgang, så skulle den sundhedsfaglige rolle i psykiatrien helt fundamentalt fra bunden af være en anden, end den er nu. Og det vil sige, at man ikke er en autoritet på samme måde, som man før har været. Både som læge og også som sygeplejerske.

A: Altså... de gamle fagprofessionelle de skal afløses af nogle, der allerede fra uddannelsen har lært et andet syn. Og der er jeg faktisk lidt i tvivl, om vi overhovedet er. Fordi den her recovery-orientering den skulle jo helt ind, den skulle jo egentligt starte på uddannelserne, så man fik nyudklækkede fagprofessionelle, der havde en radikal anderledes tilgang, der var recovery-orienteret. Og så kunne de begynde at bære udviklingen frem.

A: (...) fordi at jamen du får din uddannelse, og så er du for eksempel en sygeplejerske. Det er der jo ikke nogen, der kan tage fra dig. Du kan miste din lægelicens, hvis du misbruger det, men (...) du kan jo ikke miste din lægelicens, hvis du har et dårligt menneskesyn. Men hvorfor egentligt ikke? Altså det er som om, at faglighederne har en større beskyttelse end de mennesker, som de potentielt kunne gøre en skade mod, hvis de ikke har styr på sig selv.

E: (...) mange af dem, der bliver ansat på et sengeafsnit, de er nyuddannede sygeplejersker, som jo heller ikke ved ret meget om psykiatri. Så de skal jo have opkvalificeret deres viden om psykiatri, og det gør de jo selvfølgelig inden for (...) den faglighed der nu engang ligger, som jo er positivistisk og paternalistisk. Og det er jo ligesom basen. (...) Men det kunne man jo godt vælge at lave om, men (...) det ligger jo igen meget ovre i den faglige del, og den politiske indflydelse (...) kan jo ikke gå ind og ændre på, hvad er det for nogle lærebøger, der bliver skrevet indenfor de her fagligheder.

De beskriver, hvordan de forskellige positioner i psykiatrien ville skulle ændres, hvis recovery skal lykkes. Der er en bestemt magt og autoritet forbundet med bestemte fagligheder, og disse positioner, som de forskellige fagligheder tilbyder, skal man være villig til at nedbryde for at gøre plads til en anderledes ligeværdig relation. De forskellige discipliners magt vægtes højere end det menneskelige, påpeger Anna, og hvis det skal ændres, er politisk vilje ikke nok. Da skal de lægelige discipliner og paradigmer ændres fra bunden. Så længe det ikke sker, vil recovery have svært ved at bryde med det psykiatriske paradigme, da den medicinske disciplins magt vil være for dominerende.

## Individualisering

Et andet af kritikernes største kritikpunkter er recovery-tilgangens udprægede fokus på det enkelte individ. Ved at fokusere på den enkelte og lade det være op til den enkelte at opsøge den rette hjælp, fraskriver samfundet sig ansvaret. Med denne ansvarliggørelse er det ikke systemet, der skal indrette sig efter patienten, men patienten der skal indrette håb, evner og handlemåde efter systemet. Det er en måde hvorpå systemet kan styre patienten til at påtage sig de positioner og roller, som systemet finder fordelagtige.

Fortalerne for recovery mener modsat, at der netop skal være fokus på det enkelte individ, for at individet får muligheden for at tilskrive magt til det, som det ønsker. Fortalerne ser dermed kritikernes kritikpunkt som netop det mulighedsrum, hvor recovery kan opstå. De mener, at det er nødvendigt at have øje for den enkelte og det unikke, hvis psykiatrien skal ændres fra at være et paternalistisk system til at være mere humanistisk. Derved vil patienterne kunne positionere sig, som de vil - med eller mod systemet. Man vil aldrig kunne opnå recovery uden dette individuelle fokus, da det netop er indtagelsen af roller, som tillader patienten at finde sin unikke plads i sin sygdom og i samfundet. Fortalerne lægger dermed vægt på, at man skal styrke individets position, for at kunne give denne en magt, der kan forhandle med psykiatrien.

Fortalerne og kritikerne stiller sig dermed på hver deres side af Deans governmentality-begreb, og lægger vægten på hhv. systemets magt til at styre individet eller individets magt til at forme systemet. Dermed overser begge den gensidige magttilskrivelse mellem institution og individ, som Dean påpeger. Denne gensidighed skinner dog igennem i informanternes udtalelser.

Informanterne er enige med fortalerne i, at det individuelle fokus er helt centralt i recovery-tanken. Ellen forklarer, hvad et sådant fokus vil gøre for patienterne:

E: Altså jeg tror, at det i højere grad ville give patienter en følelse af, at 'jeg kan gøre noget for mit eget liv ved at handle. Jeg har handlemuligheder, og jeg er en kompetent person, der selv kan træffe beslutninger omkring mit liv.' Fordi at det er netop i den patientrolle, som er den ideelle nu, (...) det er den sundhedsfaglige der er den aktive, det er patienten, der er den passive. Og det giver jo omvendt så følelsen af, 'jeg er ikke selv kompetent til at træffe beslutninger. Jeg har ikke selv nogle handlemuligheder.' Så det tror jeg, ville være en stor forskel.

Anna er ligeledes klar i mælet, når hun bliver spurgt ind til, hvor ansvaret skal ligge:



A: Altså hvis man mener det seriøst, så ligger det kun ét sted, og det er hos borgeren selv. Og det er igen sådan lidt, det er meget hårdt sagt. Fordi der er også mennesker, der i perioder har brug for ikke at tage det ansvar. Og det skal der også være plads til. Men der kunne man jo også godt åbne op for... at man selv havde en form for medansvar i forhold til, hvad det var, der skulle se.

Individualiseringen er helt nødvendig ifølge praktikerne, hvis recovery skal kunne bryde det psykiatriske paradigme op. Ligesom fortalene ser de det individuelle blik som udtryk for en humanistisk og holistisk tilgang til mennesket, hvor den enkelte har mulighed for at handle og positionere sig, som det ønsker. Samtidig påpeger Anna også, at der kan være situationer, hvor patienten ikke ønsker det ansvar. Hendes pointe er dog, at selv her skal det individuelle få plads, så patienten får mulighed for medbestemmelse, men uden at det fulde ansvar ligger hos patienten. Udfordringen kommer dog, hvis patienten da ønsker at følge den traditionelle psykiatriske behandling:

A: Og det er jo igen det der med, at hvis man virkelig mener, at man er recovery-orienteret, så skal personen også selv have lov til at definere. 'Jeg har faktisk brug for en diagnose, så det skal jeg da have.' Det må jo også være en mulighed. (...) 'Og jeg har brug for, at der er nogle andre, der tager ansvaret, og jeg vil gerne have noget medicin, og jeg vil bare gerne have det her til at gå væk.'

I: Ja. Og så skal der være plads til det?

A: Altså det er jo igen... Hvorfor er det man som menneske tænker, at man skal have noget medicin og noget bare skal gå væk? Altså det er jo også noget, vil jeg mene, der er kulturelt skabt. Jeg tror jo ikke på, at hvis man kunne skrue mennesket helt tilbage til helt sin egen kerne uden kulturel påvirkning, at det var det, man ville bede om. Men jeg tror ligesom, at det er den ressource, man ser, der er til rådighed. Men ja, i bund og grund, ja.

Hvis den enkelte patient selv har ansvaret og må definere hvilken retning, den ønsker, at behandlingen skal gå, må patienten i princippet også være fri til at ville den psykiatriske behandling. Men, påpeger Anna, den beslutning vil være så kulturelt betinget, at patienten ikke kan se udover den dominerende sandhedsforståelse - psykiatriens. Så længe psykiatriens paradigmatisk magtposition består, mener hun ikke, at mennesket bliver helt frit til at vælge. Det er tydeligt, at Anna mener, at det bedste for mennesket er at vælge en anden tilgang end den psykiatriske. Det er blandt andet det kritikerne fremstiller som et pres på den enkelte, hvor man indirekte med recovery-diskursen ønsker at styre i en bestemt retning. Anna er selv inde på dette pres:

A: Og det er også det, jeg synes kan være problemet med recovery-begrebet, at det bliver noget, som nogle føler som et pres.

Hun kan som kritikerne godt genkende det styringspres, som recovery kan medføre, men alligevel påpeger hun vigtigheden af, at valgfriheden og individualiseringen skal vægtes højt. Den gensidige tilskrivelse af magt mellem individ og institution er dermed både med til at muliggøre recovery, som et modsvar til psykiatriens paternalisme, men er også det, der gør implementeringen svær.

## **Sociale og strukturelle faktorer**

Fortalerne understreger som vist, at behandling ikke blot er patientens eget ansvar. De er ikke alene i deres recovery-proces, men skal bakkes op og understøttes af omverdenen. Pårørende og netværk er et vigtigt element at få ind i behandlingen, da de kan tilbyde vigtig viden om patienten og være med til at understøtte patientens position som stærk. Fortalerne lægger vægt på, at sociale faktorer skal være med til at modstå den magt, som behandlere kan få over patienter, og være med til at manifestere patienten som et helt menneske. Derudover skal der i en recovery-tilgang være fokus på relationen til den professionelle. Behandleren skal være med til at modstille sig psykiatriens struktur, ved eksempelvis at overskride tidsbestemmelser eller inddrage sin private position. Recovery skal altså ikke forstås som noget, der udelukkende er forbeholdt patienter med psykiske lidelser. Det er en generel human oplevelse, som alle kan engagere sig i og hjælpe hinanden med. Ved at stå sammen som individer, kan man ifølge fortalerne give recovery den magt, som skal til for at lave en kulturændring.

Kritikerne mener, at så længe det sociale aspekt er begrænset til interpersonelle relationer, vil det være civilsamfundets eget ansvar at mobilisere sig og 'reparere' det ødelagte. Kritikerne har derfor fokus på de magtstrukturer, som ligger i samfundet. Hvis ikke de ændres, vil individerne ikke få andre handlemuligheder, og det psykiatriske systems paradigme vil bestå, som det er i dag. I kritikernes optik er det dermed et frikort til staten, om at kunne styre patienterne efter bestemte mål, som passer ind i det ønskede styringsregime, hvis ikke man inddrager samfundsstrukturene i recovery-begrebet.

At behandlerne skal inddrage deres person og overskride psykiatriens grænser, vil også være svært, påpeger kritikerne, så længe systemet har en så magtfuld position, som man ser det i dag.

Praktikerne er begge enige i, at der er sociale og strukturelle aspekter på spil, når man arbejder med recovery:

E: (...) men man går ikke ind og definerer, 'jeg ved, hvad der er bedst for dig, og nu skal du følge det, jeg siger.' Fordi patienten i sidste ende ved, hvad der er bedst, fordi patienten kender sit eget liv. Og det gør man ikke. Vi ser bare patienterne komme ind og så ser vi bare sådan et lille bitte del af det. Og på ingen måde kan vi ellers vide, hvad der foregår omkring det menneske.

A: Men hvis du står der som praktiker og arbejder recovery-orienteret, og du har din egen livsverden og du har det menneske, du sidder overfor, dens livsverden, det i sig selv er ret komplekst at få til at spille sammen. Og så har du hele samfundet, der også ligger som en kultur og sætter nogle rammer for, hvad der kan lade sig gøre, og hvad der ikke kan lade sig gøre. Så vi er simpelthen på så mange forskellige planer. Og det tænker jeg kræver... nogle meget komplekse evner til at reflektere og se igennem agendaer og skjulte systemer. Altså jeg ved ikke rigtig, hvad jeg skal kalde den evne, andet end et meget højt refleksionsniveau. Og det er jo på en eller anden måde et krav for, at den der opgave kan løses ideelt.

Ellen er først inde på, hvordan de nærmere sociale strukturer omkring patienten er ukendte for praktikerne, og ud fra det mener hun ikke, at behandlingssystemet kan tage beslutninger for en patient. Den paternalistiske tilgang, som recovery forsøger at være et modsvar til, har ikke blik for de nærmere sociale strukturer, og dermed kommer den enkelte til at stå i en udsat position, hvor behandlingssystemet kan bestemme retningen.

Anna er ligeledes inde på, at patientens livsverden skal forstås værdifuld. Men derudover udvider hun perspektivet ved at understrege, at der er flere aspekter på spil. Både den personlige livsverden, behandlerens livsverden samt de samfundsmæssige og kulturelle strukturer spiller ind. Hun er inde på, hvordan forskellige strukturelle niveauer spiller ind på hinanden, og modsat fortalerne og kritikerne har hun dermed både blik for det nære og det større strukturelle aspekt. Hun påpeger endda, hvordan det, at have blikket for begge dele, er helt essentielt, hvis recovery skal lykkes. At have forståelse for gensidigheden i magttilskrivelsen og de sociale forhandlinger om diskurser og viden kræver et højt refleksionsniveau hos behandleren, men er nødvendigt for at recovery kan lykkes.

Det sætter store krav til den person, der skal arbejde recovery-orienteret. Ellen oplever også, hvordan hun bliver nødt til at bruge sig selv som person i sit recovery-arbejde:

E: (...) man får jo også ligesom defineret sin rolle i kraft af sin personlighed, og det er jo så også udfaldet af, at jeg har sagt op, det er at min afdelingssygeplejerske er sådan, 'ej, jeg slår ikke stillingen op igen, fordi det er jo ligesom dig, der har været, jeg kan jo ikke få dig', så der er simpelthen ikke sådan, hun kan ikke forestille sig at det skulle være en anden recovery-mentor, fordi stillingen er så meget min personlighed. Og det synes jeg også er problematisk altså.

Ellen skal bruge sin person til at positionere sig som recovery-arbejder. Hun har sin position i kraft af sin person, og det gør det svært for afdelingen at se hendes funktion som andet og mere end noget, Ellen kan. Personen bag recovery-arbejderen er altså både vigtig for at kunne udføre arbejdet, men det gør også, at recovery bliver svært at anerkende som en legitim tilgang til psykiatrisk behandling, da den vidensform, som Ellen eksempelvis tilbyder, ikke anses som værdifuld i den psykiatriske disciplin. Manglen på en klar faglighed som recovery-arbejder gør, at det bliver personafhængigt, hvem der er god som recovery-arbejder.

## **Rationaler om økonomi og effektivitet**

Kritikerne mener gennemgående, at de problemer, der er ved recovery, skyldes de neoliberale værdier, som de mener, at tilgangen bygger på. Disse er problematiske fordi, de ikke er i overensstemmelse med det, som recovery diskursivt bliver forankret som - nemlig humanistisk. De påpeger diskurser om recovery som både effektivt og økonomisk fordelagtigt for samfundet, og det, at lægge et argument om økonomi og effektivitet til grund for en behandlingsform, afviser tydeligt den humanistiske grundtanke, som recovery påstår at bygge på. Kritikken går altså på, at recovery-fortalerne italesætter recovery som udtryk for en bestemt sandhedsforståelse, men praktiseres ud fra en anden.

Fortalerne for recovery berører hverken økonomi eller effektivitet meget. De beskriver, hvordan det kan være recovery-fremmende, at mennesker med psykiske lidelser har en grundlæggende sund økonomi, så de har mulighed for at deltage i samfundet på lige fod med andre. Derudover er der fokus på, at det er en stor vinding for samfundet at arbejde recovery-orienteret, da det vil være mere etisk forsvarligt og vil skabe værdi for den enkelte. De neoliberale aspekter som økonomi, markedsværdi og effektivitet nævnes dermed ikke som mål for recovery, nærmere tværtimod, hvor

recovery skal være med til at bryde det dominerende paradigme i sundhedsvæsenet, hvor det enkelte udsatte menneske positioneres som mindre værd end majoriteten.

Da jeg spørger mine praktikere, om de tror, at recovery er en mere effektiv tilgang til psykisk sygdom, svarer de:

E: Nej, jeg tror ikke, at det ville være sådan, at så gik det hurtigt. Det tror jeg ikke. Men jeg tror, at det ville være mere holdbart.

A: (...) Jeg tænker mange ting, men det er bare et sjovt ord effektivitet, altså hvorfor er det vigtigt om det er effektivt eller ej. Det ved jeg godt, hvorfor det er, men det er bare igen tilbage til den her med, at det vigtigste er vel, at... ja at der er plads og rum til, at der kan ske noget. Og så snart man snakker effektivitet ind i det, så begynder man også bare lidt at tabe tråden igen. For hvad er det, vi har så travlt med at nå hen til. Altså hvis det virkelig er op til den enkelte selv, hvordan vedkommende lever sit bedste liv, og vedkommende har det godt med at være på kontanthjælp og ikke have et arbejde, jamen så burde det jo også være i orden.

Effektivitet har et ønsket slutmål, som man ønsker at opnå hurtigst muligt, men som Anna påpeger, skal der i recovery-tilgangen netop ikke være et bestemt mål, som man styrer efter. Recovery skal dermed være en tilgang, hvor man giver den enkelte mulighed for at sætte sig fri fra den magt og styring, som et bestemt styringsregime lægger op til.

Problemet opstår dog i den måde, som recovery praktiseres:

A: Problemet er jo, at man ikke mener det hele vejen igennem. At man gerne vil have... borgerne til at recover sig herhen, så der er jo et mål med recovery.

I: Og hvad er det du tænker, at det mål som regel er?

A: Jeg tænker som regel det er at få folk væk fra deres, altså fra de offentlige forsørgelser.

Dermed ser Anna, at der er indbygget et økonomisk rationale i indførelsen af recovery, som tydeligst står frem, når recovery påtales i et politisk regi. Ellen siger:

E: Jamen det er jo nok også det, der er det politiske rationale, at der er en fordel. Er det så en form for neoliberalisme, cost-benefit analyse, 'nå men vi får færre mennesker på førtidspension, fordi folk tror på, at de godt kan nogle ting efter ti år i psykiatrien,' eller er det ligesom den mere menneskelige gevinst, altså folk har simpelthen grundlæggende bedre, og bliver ikke gjort til permanente patienter.

I: Og hvad tror du? Tror du, at der er en af dem, der er mere-

E: Altså den ene er mere sympatisk end den anden. Men det er jo også en god ting, hvis samfundet sparer penge.

Ellen viser her, hvordan recovery kan forstås i lyset af både det neoliberale og det humanistiske paradigme. Hun påpeger, at det handler om den måde, hvorpå man analyserer recovery. Ser man det ud fra neoliberale sandhedsforståelser, får man øje på økonomiske fordele, men ser man det ud fra humanistiske sandhedsforståelser, får man øje på menneskelige fordele. Den sidste ser hun som mere sympatisk, men hun afviser dermed ikke, at det samtidig kan være en fordel for samfundet at spare penge. Jeg spørger hende, hvordan hun oplever, at man ser på recovery, i den praksis hun befinder sig i:

E: Hmm. Altså jeg vil sige, at jeg har ikke så stor en oplevelse af, at den neoliberale tankegang dominerer på et sengeafsnit. (...) Så det synes jeg ikke slår igennem... Men den anden slår jo heller ikke særlig meget igennem. (...) altså også blandt recovery-mentorer, blandt peer-to-peer, så er det jo den sådan mere oprigtige menneskelige, 'det her er simpelthen bedre for mennesker' så det er jo ikke sådan snakken om, at samfundet sparer penge, der flourerer. Men det kan jo godt være, at det er det lidt højere oppe blandt politikere, at det også giver mening på den måde.

Hverken den humanistiske eller neoliberale diskurs er tydeligt til stede i praksis, og den neoliberale forståelse bliver af Ellen fastholdt som en politisk diskurs om recovery, hvilket ikke nødvendigvis er negativt.

Alligevel har både Ellen og Anna italesat neoliberale værdier som direkte modstridende med recovery-tanken, og vi har tidligere set, hvordan de begge tillægger diskurser stor magt.

Spørgsmålet er da, om den neoliberale diskurs om recovery koloniserer den grundlæggende vision med recovery, som kritikerne påstår.

I: Men den idealisme og grundideen, tænker du stadig, at det er den, der bærer recovery-tilgangen frem, som vi ser den i dag?

A: Det er et meget interessant spørgsmål. [Pause] Det er jeg faktisk i tvivl om... Jeg tror faktisk, at det er mere (...) Jeg tror egentligt at recovery-orienteringen er båret frem af den her meget reelle erkendelse 'hov, mennesker med psykisk sygdom kommer sig faktisk. Vi bliver simpelthen nødt til at møde dem som nogle, der kommer sig'. Og den tanke i sig selv er enormt ren. Så recovery forstået på den måde, tænker jeg, at det er det recovery-bevægelsen er båret frem af. Og det kan godt... ændre noget i det system, vi har.

Anna beskriver, hvordan den helt grundlæggende rene tanke om mennesket som ét, der kan komme sig, består, selvom der er en diskursiv magtkamp om recovery som hhv. humanistisk eller neoliberal. At sige at man arbejder recovery-orienteret, uanset ens påståede argumenter herfor, kan dermed godt være med til at udfordre det psykiatriske paradigme. De diskursive forhandlinger og de forskellige forståelser af viden og sandhed italesættes dermed ikke som nogle, der ændrer den grundlæggende vision.

## **Recovery som begreb, vision og praksis**

Både fortalerne og kritikerne påpeger, at der er en uenighed om, hvad recovery egentligt betyder. Man kan ikke finde en enkel definition af recovery, som alle kan blive enige om, og begrebet lader sig svært at indfange. Recovery-fortalerne ser det som en naturlig del af selve ambitionen bag: Recovery skal være et modsvar til et fast determineret styringsregime, som ikke kan rumme menneskers forskellighed. Hvis ikke recovery diskursivt består som en flydende viden om mennesket, vil det miste sin hensigt. At man er uenig om begrebet, er dermed bare et udtryk for, at recovery kan rumme den kompleksitet, mennesker og psykisk sygdom er. Det, som skal dominere recovery, er den vision, der ligger bag. Den er svær at måle og kan synes mystisk, men den er ifølge fortalerne klar og magtfuld, da den rummer en sandhed om mennesket, og videnskaben skal turde inkorporere begreber som værdi, vision og drømme. Ved at holde fast i den vision, og ikke forfalde til videnskabens dominerende praksis om at forsimple og ensrette, vil recovery-tilgangen kunne være med til at ændre psykiatriens paradigme og muliggøre nye positioner for både patienter og behandlere. Dermed vil recovery kunne være med til at skabe en helt ny slags viden.

Kritikerne mener modsat, at uenigheden om begrebet er udtryk for en mere grundlæggende uenighed: uenighed om selve recoverys genstandsfelt og ideologiske grundlag. Hvis begrebet bruges på forskellige måder og betyder forskelligt i forskellige ører, så kan der ifølge kritikerne ikke være enighed om begrebets grundlag. Så længe dette grundlag ikke er defineret, vil recovery ikke kunne udgøre en reel modposition til den psykiatriske dominans. Den viden, som recovery bygger på, må udvides, hvis begrebet skal få plads som legitim videnskab. Personlige beretninger skal underbygges af analyser af konsekvenser, kausalitet og samfundsstrukturer. Kritikerne plæderer derfor for, at hvis recovery vil have en magtfuld videnskabelig position, så må tilgangen

gå med på videnskabens præmisser, og vælge et teoretisk ståsted. Hvis ikke recovery opnår en mere klar definition, vil den ikke tilskrives magt og tilgangen vil være dømt til at fejle.

Der synes altså at være en paradigmatisk kamp mellem fortalere og kritikerne om, hvilket vidensgrundlag recovery bygger på og *skal* bygge på. Et spørgsmål forlængelse heraf, er da, hvordan praktikerne oplever recovery som begreb.

I det foregående afsnit så vi Anna definere det grundlæggende i recovery som troen på, at mennesker kan komme sig. Det er en meget simpel definition og også den mest enkle, vi har set indtil videre. Den definition kommer Anna som vist først frem til, da hun forsøger at skrælle alle politiske agendaer og diskussioner af begrebet. Da jeg helt i starten af vores interview bad hende forklare mig, hvad recovery er, svarer hun således:

A: Ja det er igen det der med, at jeg tænker ikke at den der fortælling om, hvor recovery kommer fra (...) egentligt er specielt interessant. Det synes jeg ikke personligt. Og generelt synes jeg, at der er et alt for stort fokus, når man snakker om recovery, på det her med definitionerne. Og lynhurtigt kommer det nemlig til at handle om forståelserne. Hvor det jeg egentligt synes, er meget interessant, er hvordan det praktiseres. Og i min verden, rent personligt, tror jeg aldrig nogensinde, jeg ville snakke om recovery. Fordi det er et begreb. Og så snart det er det, så kommer der bare en armslængde i forhold til det. Og... hvor jeg på den ene side synes, at det er et enormt, altså et virkelig tiltrængt fokus inden for psykiatrien, at man har den her fokusering, og jeg synes også det er vigtigt at tale om det på den her måde, så tror jeg bare min egen person har det sådan lidt, det bliver sådan lidt en funktion... eller ja en bestemt vej, man skal gå eller en styret proces. Hvor recovery for mig simpelthen ikke kan ses som et enkelt element. Fordi at... det bliver lidt lineært på en eller anden måde.

Hun ønsker ikke at forankre recovery diskursivt som noget, der er fast, og på den måde trækker hun meget på de samme diskurser, som vi så hos fortalere. Hendes argument for ikke at ville definere recovery tydeligt er, at hun ser en tendens til at den definitionsforhandling, der er om recovery, overtager fokus fra selve praksis. Den dominerende diskursive magtkamp handler dermed om selve definitionen. Hun er altså ikke enig med kritikerne i, at recovery bliver nødt til at defineres tydeligere, men hun modstiller sig også de fortalere, der forsøger at beskrive recovery som et begreb, som vi så det hos eksempelvis Anthony. Alligevel viser Anna den dobbelthed og det positive, der er i, at en diskurs bliver magtfuld:

I: Hvorfor tror du så, at recovery-tanken, og det at kalde det recovery-arbejde er så (...) udbredt?



A: Det er fordi, at det er så nødvendigt. Altså det er så nødvendigt, at der sker et skift. Og det er så nødvendigt, at der bliver talt om det. Og det er virkeligt, det er lidt sådan en gordisk knude. Altså fordi at det skal løsnes op på en eller anden måde.

I: Men samtidig er der et eller andet, der gør, at du tænker, at det ikke er så godt (...) at der er den her diskussion eller definitionskamp.

A: Jamen jeg tror, ja det er fordi, at det bliver en kamp. Og igen også det her med, at (...) meget af den kamp foregår jo også væk fra den, det handler om. Man kunne jo godt tage det mere med ind, og give vedkommende en stemme. Men ja... jeg sidder også og bliver lidt i tvivl om, hvad jeg selv mener. Fordi at jeg synes, at det er enormt vigtigt, at vi tager de her snakke.

Anna understreger det paradoksale i, at man er nødt til at tilskrive en recovery-diskurs magt og på den måde fastsætte den som en klart afgrænset moddiskurs til psykiatriens, men at selve den begrebsliggørelse og afgrænsning strider imod recovery's grundtanke. Det understreger nødvendigheden af en tydelig recovery-diskurs, men samtidig en enorm opmærksomhed fra alle, der positionerer sig med den recovery-diskurs, om, at de ikke lader diskursen begrænse visionen bag.

Det leder til en diskussion om, hvordan recovery, ud over at være en paradigmatisk udfordring af det psykiatriske paradigme, også selv er i en paradigmatisk udvikling, hvor definitionskampen finder sted mellem fortalere, kritikere og praktikere og mellem recovery som begreb, vision og praksis.

## Diskussion

Litteraturstudiet og analysen har vist, hvordan der findes forskellige forståelser af recovery og det antyder, at der er forskellige elementer af recovery i spil. Der er en *vision* om en måde at forstå og tilgå mennesket, som recovery-tanken bygger på. Der er en *begrebsliggørelse* af recovery som stadig er uklar, men som der er en diskursiv kamp om, og så er der en *praksis*, som skal forsøge at arbejde recovery-orienteret med den forvirring, der følger af begrebsklarheden.

Recovery udsprang af visionen, som vi i høj grad ser fortalene og til dels informanterne positionere sig stærkt med. Det er en vision om at udfylde et videnshul om mennesket og dets helbredelse fra psykisk sygdom. Det er en vision om at se psykisk sygdom i lyset af andet og mere end et medicinsk paradigme, og det er en vision om at lade det enkelte menneske få plads i et magtfuldt system. Visionen er i den grad stadig at spore i recovery-diskursen, men den er stærkt udfordret af kritikere på området. Som vi har set, er kritikerne ikke nødvendigvis uenige med visionen bag recovery, men de kritiserer recovery-fortalerne for at lade visionen blive koloniseret af psykiatriske sandhedsforståelser. Det handler dermed om en diskussion og en diskursiv kamp om relationen mellem en vision og et teoretisk begreb. Den kamp bliver i særdeleshed tydelig, når man lader praktikerne få ordet:

E: Der var ligesom en anden stemning omkring det dengang [da Ellen startede som recovery-mentor], som var sådan, at jeg fik for eksempel at vide, at hvis jeg lavede en recovery-gruppe, så ville der bare opstå noget magisk. Hvilket jo så ikke skete. [Griner] (...) Det er jo bare et flyvsk begreb, der ligesom er der (...).  
[At få en peer-uddannelse] tror jeg helt sikkert er en fordel. Jeg tror, det er en kæmpe fordel. At få et fundament. Ja. (...) og også få et fundament, som er hængt op på noget teori og nogle konkrete øvelser, noget faglighed, så man ikke er så meget i det med sin person, fordi det er rigtig hårdt, at det kommer an på, at man ligesom skal lave sin stilling efter sin personlighed. (...) Det skal man være en særlig type for at trives i.

Vi har set, hvordan Ellen i høj grad trækker på de diskurser, der tilhører recovery som vision, og hvordan hun tror på, at en recovery-tilgang er klart at foretrække. Alligevel forklarer hun her, hvordan der i starten af hendes tid som recovery-mentor var en tilgang til recovery, som var meget løst defineret og som tænkte recovery som noget 'magisk'. Den var i høj grad påvirket og drevet af visionen bag recovery. I mellemtiden er recovery-mentorordningen blevet mere tydeligt defineret, og i dag kommer alle recovery-mentorer på en peer-uddannelse ligesom de får flere konkrete arbejdsopgaver og en faglig rygdækning. Den udvikling er i kritikernes og til dels Annas øjne et tegn på, at visionen koloniseres af determinerende vidensforståelser. Men Ellen ser det som en klar

fordel, da hun har oplevet, hvordan den uklare men visionære definition af recovery gør, at det i praksis ikke vinder indpas i psykiatriens styrings-regime. Det, at have en stærk vision, er dermed ikke nok til at ændre en praksis. Skal psykiatrien udfordres, må recovery stå tydeligere frem som et samlet paradigme og have en tydeligere position, der kan opnå en magtfuld position ligesom de andre fagligheder i psykiatrien. Ambitionen om at recovery skal udfordre den vidensform, som ligger til grund for psykiatrien, er dermed svær, så længe visionen om recovery ikke er begrebsliggjort.

Den udvikling, som Ellen påpeger, der er sket på recovery-området i form af uddannelse og større ensretning af tilgangen, kunne måske tyde på, at recovery-tilgangen i Danmark er i en paradigmatisk revolutionær periode, hvor forskellige forståelser og ny viden begynder at spille ind og påvirke paradigmet. Den diskursive kamp om recovery, som vi så det ved fortalerne og kritikerne, må dermed ses som en naturlig del af udviklingen af et paradigme, og det er vigtigt at se på den som sådan, hvis man vil forstå recovery-tilgangens præmis netop nu.

Fortalerne har deres legitimitet og position via visionen. Det er dem, der skaber selve diskursen og det nye paradigme. Selvom den helt rene vision kan synes idealistisk eller naiv, er den vigtig for at holde fast i det grundlæggende, som paradigmet bygger på. Når Anna siger, at hun mener, at det ville være bedre, hvis psykiatrien blev lukket helt ned og bygget op af mennesker med psykisk sygdom, er det, som hun også selv påpeger, en idealistisk tanke. Men den rummer noget sandhed om den vision, som recovery bygger på og om det system, som det ønsker at udfordre. Uden den idealisme ville recovery slet ikke bestå som modpart til psykiatrien.

Kritikerne er med til at se visionen efter i sømmene, og gøre opmærksom på risikoen for, at den ikke bliver koloniseret af de magtfulde diskurser og systemer, den kæmper mod og så småt inddrages i. De er med til at udfordre recovery som normalvidenskab og dermed med til at opkvalificere og være vagthund. Kritikerne påpeger de særlige strukturelle udfordringer, som et begreb som recovery støder på, når det udvikles og implementeres. De påpeger den magt, som recovery-begrebet er oppe imod og de gør opmærksom på den modstandsdygtighed, som tilgangen er nødt til at have, hvis ikke den skal misbruges i psykiatriens paradigmatiske favør. Samtidig er kritikerne med til at påpege den styring, som recovery-tilgangen i sig selv udgør, hvis den lader stå hen som en udelukkende positiv fortælling om menneskets kraft til at komme sig under de rette

omstændigheder. Uden kritikernes position i diskussionen om recovery, ville visionen stå alene som en idealistisk utopi uden blik for de styringsmekanismer, som er i spil.

## Praktikerne som en tredje position

Litteraturstudiet viste, at disse to positioner allerede er tydeligt forankret, så det rejser et spørgsmål om, hvad det er, vi får øje på, når vi tilføjer vores praktikeres positioner?

Praktikerne er med til at vise, hvordan både diskurser fra fortalere samt kritikere er dem til rådighed. Praktikerne er i en konstant forhandling mellem de to positioner og viser os, hvordan den ene position ikke er mere dominerende end den anden, når det kommer til recovery i praksis. Når de beskriver grundlaget for deres arbejde, trækker de på diskurser, vi så hos fortalene. Når de beskriver de udfordringer, som de oplever med recovery i praksis, trækker de på de diskurser, vi så hos kritikerne. Praktikerne er med til at vise os den kompleksitet, der er i samspillet mellem visionen, begrebet og praksis. De viser, hvordan både fortalene og kritikerne har fat i noget relevant i diskussionen om recovery, men samtidig åbner de for et blik på det arbejde, der ligger forude, hvis recovery skal udbredes.

Visionen lever stadig blandt recovery-arbejdere, men den *er* udfordret af at skulle kæmpe mod et så magtfuldt system som psykiatriens. Men på trods af den udfordring er begge praktikere stadig i troen på, at deres små glimt af recovery-arbejde gør en forskel. Med praktikernes positioner i betragtning bliver det derved mere relevant at se på den diskursive kamp om recovery, som udtryk for en samlet udvikling af et nyt paradigme.

Det er en naturlig udvikling af et paradigme, at visionen udfordres af en kritik og langsomt ændrer på den måde, paradigmet er. Det er en naiv og idealistisk forestilling, at visionen kan bestå uden afgrænsning eller tilpasning til de strukturer, den skal indgå i. Men det er samtidig en enormt vigtig opmærksomhed at have, hvis man vil holde fast i ambitionen om, at paradigmet skal stå som tydelig modposition til psykiatrien.

Den politiske diskurs om recovery må man forstå som udtryk for et ønske om at tillade det psykiatriske paradigme at forandre sig, men den kritiske røst er vigtig for at gøre opmærksom på den magt, institutioner som psykiatrien har. Denne gensidighed giver fortalene og kritikerne en samtidig legitim og vigtig position, som dog begge overser den gensidige tilskrivelse af magt, som er en konstant forhandling mellem institution og individer. Det perspektiv bliver tydeligt, når vi lader praktikerne på området få plads i diskussionen. Det gør det samtidig tydeligt, at den diskursive

magtkamp om recovery ikke skal ses som en kampplads, hvor man nødvendigvis skal stille sig i det ene ringhjørne frem for det andet, men som en naturlig udvikling af et paradigmatisk ståsted, som tager en værdig kamp op mod et af vor tids mest magtfulde systemer.

Så længe den udvikling er på sit forholdsvist spæde stadie, som det er med recovery, vil praksis være præget af en usikkerhed, forhandling og forandring, som altid er en konstant i forhandlingen af magt mellem institution og individ, men som ses særligt tydeligt, når tilgangen står som en ny og udefineret tilgang. I en sådan proces kan samspillet mellem vision, begreb og praksis godt både være det, der skaber muligheder, men også det, der modarbejder. Det er i tilfældet med recovery i praksis, som man ser det netop nu, det der giver recovery en (om end lille) mulighed for at tilbyde patienterne en anden position i psykiatrien, men også det der gør det svært at finde fodfæste:

E: Jeg tror da også, at det er vildt forvirrende for patienter, hvad recovery er. Altså handler det om at man kan blive frivillig peer-to-peer nede i sit lokale værested, (...) eller handler det om at man mister en hel masse tilbud, fordi nu skal man selv tage ansvar, eller handler det om, at man bliver mødt på en mere ligeværdig og sådan empowermentskabende måde. Og det er jo også, det kan jo være alle tre ting, (...) fordi det er jo op til hvordan den enkelte medarbejder så fortolker det. Så det er jo også (...) forskelligt, hvad der ligger i det, når det kommer ud til borgerne eller patienterne.

## **En uundgåelig udvikling?**

Spørgsmålet er da, om de udfordringer, som vi har set recovery-tilgangen er i, blot er en nødvendig udvikling, som er uundgåelige for alle paradigmer, der forsøger at udfordre et magtfuldt system? Der synes dog at være særlige elementer ved recovery, som gør det ekstra svært at vinde indpas. Det er tydeligt, at begrebsklarheden gør det svært for recovery at få den legitimitet, som kræves af en tilgang i et etableret system som det psykiatriske. Det gør, at det bliver personligheden i recovery-arbejderen der bliver det bærende element, hvilket ifølge Ellen gør arbejdet svært udholdeligt og meget krævende. Dernæst er der vidensgrundlaget, som recovery bygger på, der ikke anses for at være legitim viden i et system som det psykiatriske, hvilket hæmmer recovery's muligheder for at positionere sig stærkt i en vidensbaseret disciplin. Derudover er der det paradoksale i, at recovery bygger på en vision om at modgå og udfordre psykiatrien, men samtidig ønsker recovery-arbejdere at blive en større del af den behandling, som patienter modtager i selvsamme system. Recovery-visionen er *ikke* at gå med på psykiatriens præmisser, men recovery

ville heller aldrig kunne stå alene som behandling af psykisk sygdom. Selv informanterne kalder den forestilling en utopi, så recovery må nødvendigvis finde en måde, hvor det kan fungere i relation til det psykiatriske system. Alternativt vil det trækkes helt ud af systemet og bestå som en alternativ 'behandlingsform' eller støtte, som patienterne selv skal opsøge. Det vil næppe give tilgangen mere magt eller indflydelse. Virkeligheden er, at recovery faktisk *har* fået en plads i det psykiatriske system. Det *er* en af de mest dominerende politiske diskurser på området og er det, man fremhæver som vigtigt for at gøre psykiatrien bedre. Det er, som Anna kalder det, en gordisk knude: hvis man går får meget med på psykiatriens præmisser, forsvinder en for stor del af recovery-visionen. Men holder man krampagtigt fast i visionen, vil recovery aldrig reelt kunne udgøre en udfordring af psykiatrien.

Jeg ser derfor tre mulige positioner for recovery: 1) Recovery kan bestå som en stærk vision, der modsætter sig alt i det psykiatriske paradigme og er den vigtige moddiskurs og vagthund, der råber op om det paternalistiske system, det ser psykiatrien som. 2) Recovery kan lade sig implementere i psykiatrien, på psykiatriens præmisser og hvile i troen på, at selve diskursen om recovery gør en forskel, og at udviklingen og ændringen af et så magtfuldt system tager tid. 3) Recovery- fortalere, kritikere og praktikere kan forsøge at samle sig om det recovery-paradigme, som alle tre parter ønsker at se vinde indpas, og anerkende den recovery-diskurs, der får mere og mere magt, men stadig holde fast i visionen og ikke lade sig kolonisere af det psykiatriske paradigme.

Givet det specifikke system, som recovery er oppe imod, nemlig det psykiatriske, vil min formodning være, at mulighed nummer tre er den mest givtige. Psykiatriens magt som institution er så markant, og dens styrings-regime er så stærkt, at recovery som sideløbende vagthund ikke vil kunne tilkæmpe sig en tilnærmelsesvis magtfuld position. Psykiatrien er i høj grad lykkedes med at danne et system på baggrund af et paradigme, som formår at styre mennesker i en sådan grad, at menneskene selv er med til at bibeholde psykiatriens magt. På den måde må det psykiatriske system ses som et pragteksemplar af Deans styrings-regimer. Det er så dominerende, at vi ser hvordan diskurser fra psykiatrien forplantes i hverdagsprog, og må ifølge Foucault dermed ses som en så magtfuld diskurs, at den ikke blot består som en afgrænset institution, men som et dominerende system, som konstant tilskrives magt mellem institutionen selv og samfundets individer. Skal det udfordres på en sådan måde, at man formår at ændre lidt ved de sandhedsforståelser, der ligger så dybt forankret i systemet, så må det være af et andet paradigme, der opnår legitimitet til at udfordre de gængse kollektive mentaliteter. Et sådan styrings-regime eller paradigme vil ifølge Dean altid bygge på et utopisk element, som tror inderligt på muligheden for en bedre verden. Men derudover

må der i paradigmet være en sammenhængende forståelse af sandhed og viden, som skal stå tydeligt frem. Hvis ikke det lykkes, vil 'paradigmet' bestå som fragmenterede diskurser om et emne, og ikke legitimere en bestemt praksis. Hvis recovery skal opnå en tilnærmelsesvis magtfuld position i det psykiatriske system, er min overbevisning, at det skal holde fast i visionen som drivkraft, men samtidig overgive sig til, at det er nødt til at begrebsliggøre og gå med på *nogle* af de præmisser for videnskab og praksis, som ses som legitime i et psykiatrisk system. Hvis det skal lykkes, er det nødvendigt at lade både fortalere, kritikere og praktikere få plads i den diskursive kampplads og lade forhandlingerne begynde.

## Konklusion

Recovery vinder som tilgang frem i psykiatrien, og der er et stort politisk ønske om at udbrede tilgangen endnu mere. Teoretisk er der dog uenighed om, hvordan man skal forstå recovery som vision og begreb. Gruppen af fortalere plæderer for, at recovery er en tiltrængt humanistisk tilgang i et gammeldags psykiatrisk paradigme og argumenterer for, at recovery-tilgangen sikrer patienterne mere indflydelse og oplevelse af mening. På den anden side står gruppen af kritikere, som mener, at recovery-tilgangen er mislykkedes i sin ambition og at recovery i dag er koloniseret af det psykiatriske paradigme og af neoliberale styringsmekanismer. Der er altså en diskursiv magtkamp om recovery som tilgang, og om hvorvidt recovery formår at bryde med det psykiatriske paradigme. Denne magtkamp er i sig selv udtryk for en paradigmatisk udvikling af begrebet recovery, hvor forskellige forståelser af recovery kæmper om at definere og nuancere paradigmet.

I praksis er recovery etableret i psykiatrien ved blandt andet at inddrage peer-medarbejdere som recovery-mentorer på psykiatriske afdelinger. Gennem interviews med en recovery-mentor og en afdelingsleder fra en brugerorganisation, der uddanner peer-medarbejdere bliver den diskursive magtkamp om recovery nuanceret. De viser os, at recovery-tilgangen bygger på en stærk vision, som særligt står frem hos fortalere for recovery. Det er en vision om at ville tilgå mennesket på en humanistisk og holistisk måde. Praktikerne manifesterer dog også, at det i praksis er svært at få denne vision til at vinde indpas og få legitimitet i et psykiatrisk system, som er så magtfuldt og som bygger på en særlig form for viden og forståelse af sandhed. Praktikerne understreger dermed, at kritikere har ret i, at recovery som tilgang, som det ses i dag, har svært ved at efterleve ambitionen og visionen. Derudover viser praktikerne, at der er en diskrepans mellem recovery-tilgangens ønskede fastholdelse af at lade recovery være et løst defineret begreb og så den praksis, hvor recovery skal implementeres. Det, at recovery ikke er tydeligt defineret som begreb eller faglighed, gør det endnu sværere for tilgangen at opnå en magtfuld position i psykiatrien. Dog er begrebsklarheden en del af selve visionen bag recovery, og tilgangen er derfor fanget i et paradoks mellem vision, begreb og praksis.

Skal recovery lykkes med at blive et magtfuldt paradigme, der kan udfordre det psykiatriske, står det herudfra klart, at det er fordelagtigt at tage både fortalernes stærke vision, kritikernes analyser af styringsmekanismer og kolonisering og praktikernes vigtige nuancering af disse to i betragtning. Gør man det, vil recovery ikke blot være en diskursiv fortælling om forandring, men et paradigme, der kan spille med i den konstante magtkamp på psykiatriområdet.



# Litteraturliste

## Bøger

Aho (2008): *Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease, and Illness*. First paperback edition. Lexington Books, United Kingdom,

Booth A., Papaioannou, D. & Sutton, A. (2012): *Systematic Approaches to a Successful Literature Review*. 1. Udgave, SAGE Publications Ltd, Singapore.

Bröckling, U. (2016): *The Entrepreneurial Self. Fabricating a New Type of Subject*. SAGE Publications Ltd, London.

Dean, M. (2008): *Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund*. 2. Oplag, Forlaget Sociologi, Frederiksberg C.

Foucault, M. (2002): *Power. Essential Works of Foucault 1954-1984*. Volume 3. Penguin Books, London, England.

Foucault, M. (1995): *The archaeology of knowledge*. London: Routledge.

Kuhn, S. T. (2012): *The Structure of Scientific Revolutions*. The University of Chicago Press, Chicago. 4. Udgave.

Kvale, S. (2008): *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 1. Udgave 15. Oplag. Hans Rietzels Forlag, København.

Ryan, P., Ramon, S., Greacen, (Eds.) (2012): *Empowerment, Lifelong Learning and Recovery in Mental Health. Towards a New Paradigm*. Palgrave Macmillan UK, 1. Udgave.

Tew, J. (2005): *Social Perspectives in Mental Health. Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Topor, A. (2003): *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. 1. Udgave 1. Oplag. Hans Rietzels Forlag, København K.

Stormhøj, C. (2006): *Poststrukturalismer*. Forlaget Samfundslitteratur, Danmark.

## Artikler og afhandlinger

Anthony, W. A., (1993): *Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal Volume 16, Number 4: April 1993.

Arribas-Ayllon, M. & Walkerdine, V. (2011): *Foucauldian Discourse Analysis*. In: The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology. SAGE, London."

Ayo, N. (2012): *Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens*. Critical Public Health, 22:1, 99-105

Beresford, P. (2002): *User Involvement in Research and Evaluation: Liberation or Regulation?* Social Policy & Society 1:2, pp. 95-105.

Boell, S. K., & Cecez-Kecmanovic, D. (2010): *Literature Review and the Hermeneutic Circle*. In AARL, 41(2), 129

Borg, M. & Kristiansen, M. (2004): *Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services*. Journal of Mental Health, 13, 493–505.

Castel, R. (1987): *Avinstitutionaliseringen*. Kritisk Psykologi, nr. 4, 1987

Davidson, L. (2017): *After the Asylum: A Basaglian-Informed vision of Recovery-Oriented Care*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p. 125-136.

Davidson, L. & Strauss J.S. (1995): *Beyond the Biopsychosocial Model: Integrating Disorder, Health, and Recovery*. Psychiatry, 58:1, 44-55

Deegan, P. (1988): *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. Psychosocial Rehabilitation Journal, vol. 11, nr. 4, pp. 11-19.

Foucault, Michel (1982): *The subject and Power i Critical Injury*. Vol. 8, No. 4, (Summer, 1982), pp. 777-795. Chicago Journals. The University of Chicago Press

Foucault, Michel (1970): *The Order of Discourse i Untying the text: A Post-Structuralist Reader*. Routledge & Kegan Paul, London

Glasdam, S., Oute, J. (2018): *Professionals' involvement of relatives – only good intentions?* Journal of Organizational Ethnography, Oktober 2018

Hansen, J.O., & Randwijk, C. (2013): *"Nu tager vi over.": En diskursanalyse af subjektpositioner I psykiatrisk sygepleje*. Nordiske Udkast, 41, 22-37, 82.

Harding, C. & Keller, A. (1998): *Long-term outcome of social functioning*. In *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* (eds K. Mueser & A. Keller). Boston: Alyn and Bacon.

Harper, David og Speed, Ewen (2012): *Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience Studies*. in Social Justice. Volume 6, Issue 1, 9-25.

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C. et al. (2001): *Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study*. British Journal of Psychiatry, 178, 506–517.

Jørgensen, K. M. (2006): *Om anvendelsen af Foucaults magtbegreb*. Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg Universitet

McWade (2016): *Recovery-as-policy as a form of neoliberal statemaking*. Department of Sociology, Bowland North, Lancaster University, Lancaster.

Moser, I. (2008): *Making Alzheimer's disease matter. Enacting, interfering and doing politics of nature*. Geoforum, 39, 98-110

Murkherjee, S. (2015): *The Laws of Medicine: Field Notes from an Uncertain Science*. New York: TED Books, Simon & Schuster

Ness, O., Borg, M., & Davidson, L., (2014): *Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives*. Advances in Dual Diagnosis, Vol. 7, Iss 3, pp. 107-117

Oute, J. (2016): *Lovprisning af pårørende. Inddragelse og ansvarsforskydning i psykiatrisk behandling*. Social Kritik, nr. 148, december 2016

Oute Hansen, Jeppe (2015): *Den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien – et flerstedsetnografisk feltstudie af politiske, kliniske og depressionsramte familiers diskurser om inddragelse og deres effekter*. Institut for Sundhedstjenesteforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

Oute, J., Huniche L., Nielsen, C.T. & Petersen, A. (2015): *The Politics of Mental Illness and Involvement – A Discourse Analysis of Danish Anti-Stigma and Social Inclusion Campaigns*. In Applied Sociology, 2015, 5, 273-285

Oute, J. & Ringer, A. (2014): *Psykiatrien i krise – En kamp om definitioner*. Sygeplejersken, nr. 7, pp. 78-82

Ringer, A. (2013): *Listening to Patients. A study of illness discourses, patient identities, and user involvement in contemporary psychiatric practice*. Roskilde Universitet, Roskilde

Scheper-Hughes, N. & Lovell, A.M (1986): *Breaking the circuit of social control: Lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia*. Pergamon Journals Ltd. Soc. Sci. Med. Vol. 23, No. 2, pp. 159-178

Schön, U. Denhov, A. & Topor, A. (2009): *Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness*. International Journal of Social Psychiatry. SAGE Publications, Vol. 55(4): 336–347

Strauss, J.S., (1992): *The person - Key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry*. III. British Journal of Psychiatry, oktober. S 19-26

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo & Davidson, L. (2011): *Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery*. International Journal of Social Psychiatry, Vol. 57(1): 90-99

Sara Flint, *Recovery i psykiatrien. Udvikling af et paradigme?*  
Specialeafhandling i psykologi, Roskilde Universitet, 2020

Torraco, J. R. (2005): *Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples*. Human Resource Development Review Vol. 4, No. 3 September 2005 356-367

Tyler, I. (2010): *Designed to fail: a biopolitics of British citizenship*. Citizenship Studies, 14 (1), 61-74

## **Rapporter**

*Sammen om Psykiatriens Udvikling. Treårsplan 2020-2022*. Region Hovedstaden, Center for Sundhed

*Ligeværd – Nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*. (2014) Regeringen, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, København.

## **Internetsider**

Psykiatri-regionh.dk - recovery-mentorer:

[https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Recovery-mentorer\\_i\\_Region\\_Hovedstadens\\_Psykiatri/Sider/default.aspx](https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Recovery-mentorer_i_Region_Hovedstadens_Psykiatri/Sider/default.aspx)

d. 16. Marts