LUND UNIVERSITY

Biografier från gränslandet

En sociologisk studie om psykiatrins förändrade kontrollmekanismer

Loodin, Henrik

2009

Link to publication

Citation for published version (APA):
Loodin, H. (2009). *Biografier från gränslandet: En sociologisk studie om psykiatrins förändrade kontrollmekanismer*. [Doktorsavhandling (sammanläggning), Sociologi]. Lund University.

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Biografier från gränslandet

Henrik Loodin

Biografier från gränslandet

- En sociologisk studie om psykiatrins förändrade kontrollmekanismer

Copyright ©
Henrik Loodin, 2009

Sättning
Henrik Loodin

Omslag
Tommy Lampinen

Tryck
Mediatryck, Lunds universitet, Lund, Sverige

ISBN
91-7267-303-6

Förlag och distribution
Sociologiska institutionen, Lunds universitet
Box 114, 221 00 LUND

En komplett förteckning över Sociologiska institutionens
utgivning finns på www.soc.lu.se/info/publ

Innehåll

FÖRORD 7

DELARBETEN 9

PROLOG: TILLVARONS UTLÄNNING 10

1. BAKGRUND 12

URSKILJNING AV ETT PROBLEM 12
AVHANDLINGENS SYFTEN 15
AVHANDLINGENS STRUKTUR 17

2. PSYKIATRIN SOM EN SOCIAL ORGANISATÖR 20

GEMENSKAP GENOM GRÄNSDRAGNINGAR 20
ATT KONTROLLERA LIV 24
SJUKROLLEN 29
DEN SJUKE 30
LÄKAREN 31
SLUTSATSER 33

3. DEN PSYKIATRISKA NOSOLOGINS SOCIALA HISTORIA 35

FRÅN EN MODERN TILL EN NY PSYKIATRI 40
EN KONSTRUERAD STANDARD 44
TILLBAKA TILL SYMPTOMEN 45
ATT ERSÄTTA REALITETER 47
EN VERKSAMHET MED MEDICINSKA MANDAT OCH SOCIALA KOMPETENSER 50
POSTTRAUMATISK STRESS: EN SJUKT NORMAL REAKTION 55
BERÄTTELSEN OM PTSD 56
PTSD OCH PSYKIATRINS NYA GRÄNSDRAGNINGAR 58
KRIGETS ÅTERKOMST TILL DSM 60
SLUTSATSER 64

4. EN SOCIOLOGISK BELYSNING AV PSYKIATRINS UTVECKLING 66

ÅTERANPASSNING GENOM ANPASSNING 67
PSYKIATRINS SPRIDNING 69
AVINSTITUTIONALISERINGEN: FRÅN BAKOM TILL INOM 71
VARDAGSLIVETS PSYKIATRISERING 74
SOCIALISATION VIA SJÄLVKONTROLL 77
SLUTSATSER 79

5. AVSLUTNING 81

FRÅN IMPLICITA PRINCIPER OCH EXPLICITA UTTRYCK TILL IMPLICITA UTTRYCK OCH EXPLICITA PRINCIPER 82
NYA UTTRYCK 83
AVVIKELSENS NYA SKALERING 85
AVSLUTANDE OCH SAMMANFATTANDE DISKUSSION 86

6. METOD: EN BERÄTTELSE OM TILLBLIVELSEPROCESSEN 91

ATT VARA VILSE MEN ÄNDÅ TA SIG FRAM 91
EN VÄG MED FLERA PORTVAKTER 94
DE FÖRSTA STEGEN UTÅT FÖR ATT KOMMA IN 97
ATT INTE HAMNA DÄR DET VAR TÄNKT, MEN ÄNDÅ TA SIG FRAM 99
DEN INSTITUTIONELLA OMGIVNINGEN 102
KONTAKT TILL SLUT 104
ÄNDRAD ORIENTERING, MEN BIBEHÅLLEN FOKUS 105
ISTÄLLET FÖR EPILOG 107

7. RESULTATSAMMANFATTNING 108

DELARBETE I: THE ABSURDALITIES OF MENTAL HEALTH – A NARRATIVE INQUIRY INTO PSYCHIATRIC DIAGNOSIS 108
DELARBETE II: LIVING IN "CONTRA LIFE" – A BIOGRAPHICAL APPROACH TO POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER 109
DELARBETE III: GET HOLD OF YOURSELF – THE PROBLEMATIC RELATIONS BETWEEN THE AUTOBIOGRAPHICAL I AND THE BIOGRAPHICAL SELF IN REFLEXIVE MODERNITY 110
DELARBETE IV: WRITING QUALITATIVE SOCIOLOGY – DECIPHERING THE SOCIAL IN EXPERIENCES OF MENTAL ILLNESS 111

8. REFERENSER 112

Förord

Den här avhandlingen består av fyra delarbeten och en större inledande del, det som i akademiska sammanhang brukar kallas ”kappa”. Det är meningen att denna ska klä in delarbetena i ett sammanhang, så att en läsare förstår att delarbetena hör ihop och visar på olika aspekter av det kappan beskriver. Kanske ska kappan också skydda delarbetena från att falla isär.

Kappan skiljer sig också från delarbetena, dels är den i föreliggande avhandling till sidantalet längre än de fyra delarbetena tillsammans och dels är den skriven på svenska, medan delarbetena är skrivna på engelska. Det finns en tanke med det. Delarbetena publiceras i olika akademiska tidskrifter och riktar sig således till en akademisk läsekrets som har rättigheter och intresse att läsa dessa tidskrifter. Min förhoppning är att ämnet för avhandlingen är relevant även för en läsekrets utanför akademin. Då är min förhoppning att kappan även kan komma till användning för dem som finns i den verksamhet jag skrivit om.

Mycket har hänt under den tid jag skrivit föreliggande avhandling. Alla dessa händelser har påverkat både mig och det jag skrivit. För mig har den viktigaste beståndsdelen i dessa händelser utgjorts av människor i min närhet. Jag skulle därför vilja passa på att tacka de som påverkat mig så att avhandlingen fick den form den fick.

Först vill jag tacka mina handledare Gunnar Andersson, Anita Dahlgren och Margareta Östman. När jag kommit med stökiga och ofärdiga texter är det Gunnar och Anita som på sina egna sätt lyckats visa hur delarna i oordning ska läggas till rätta. Anita är också den som följt mig under större delen av min tid på sociologen i Lund. Hon fick mig att under min grundutbildning att bli intresserad av livshistorier. Gunnar är den som för fyra år och tio månader sedan fick mig att utveckla detta vidare till att bli (själv)biografier – därifrån fortsatte det. Margareta, från Vårdalinstitutet och Malmö högskola, är den som la det komplexa pusslet om psykiatrins organisation, verksamhet och kunskapsbas tillrätta för mig – små handledande ord fick stora konsekvenser. Tack, handledare!

Vårdalinstitutet förtjänar ett särskilt tack. Utan att bli för kruserlig kan jag säga att när väggarna på sociologen krupit för nära inpå har våra återkommande träffar varit en livlina. Ingalill Rahm Hallberg ska uppmärksammas för att hon öppet och generöst delat med sig av sin kunskap om den akademiska världens alla sidor och hur man undviker uppenbara fallgropar. Bertil Lundberg, Karin Persson, Henrik Levinsson och Maria Klamas och alla andra på psykiatriplattformen tackas för intressanta diskussioner, men framförallt för sällskap.

Min tacksamhet går förstås till de verksamma inom sociologins skrå. Där förtjänar Per-Olof Olofsson och Antoinette Hetzler var sina stora tack, dels för att de höll i en för mig oförglömlig kurs i modern sociologisk teori och dels för tiden i sociologförbundet. Magnus Karlsson och Magnus Ring ryckte vid ett tillfälle ut som kaospiloter då vissa av mina resonemang var på väg att brista. Bo Isenberg var opponent på mitt slutseminarium och ställde till – men samtidigt ställde rätt. Jag tackar också Thomas Brante som vid slutseminariet kom med värdefulla kommentarer.

Daniel Bjerstedt förtjänar ett särskilt stort tack för att ha gett synpunkter på mina texter och fått tiden i den nougatfärgade furugången på våning fyra att bli mindre klaustrofobisk, men också för alla aktiviteter utanför gången. Innanför såväl som utanför Paradisgatan fem har även Martin Berg och Johan Vaide hjälpt till att krydda tillvaron. Jag vill också ge tack till Terese Anving Mimmi Barmark, Rune Dahlgren, Sara Eldén, Malin Espersson, Klas Gustavsson, Torbjörn Friberg, Daniel Melén, Eva Kärfve, Helena Ledje, Maria Norstedt, Maria Nyberg, Daniel Sjödin, Katarina Sjöberg, Magnus Wennerhag, Charlotta Zettervall, min examinator Malin Åkerström och alla de jag nu glömt. Crafoordska stiftelsen ska också tackas.

Slutligen vill jag tacka de närmast. Pappa Erland, mamma Gunvor och farmor Rut Loodin kan inte tackas för mycket för allt ni bistått med. Fredrik Loodin och Sarah Lagervall med Elis och Turid. Cissi förtjänar ett alldeles speciellt tack, inte bara för all din hjälp, stöd och kunskap – utan också för allt annat ingen annan kan ge.

Henrik Loodin
Lund, 23:e oktober

Delarbeten

Avhandlingen baseras på följande delarbeten:

I Henrik Loodin
The Absurdalities of Mental Illness – A Narrative Inquiry into Psychiatric Diagnosis
Publicerad: Qualitative Sociology Review, 5(1): 98-111

II Henrik Loodin
Living in "Contra Life" – A Biographical Approach to Posttraumatic Stress Disorder
Accepterad: Forum: Qualitative Social Research

III Henrik Loodin
Get Hold of Yourself – The problematic relations between the autobiographical I and the biographical self in reflexive modernity
Inskickad: Current Sociology, 2009-09-21

IV Henrik Loodin
Writing Qualitative Sociology – Deciphering the social in experiences of mental illness

Prolog: Tillvarons utlänning

Telefontrådarna sjunger i natt
en stämgaffelston, en till
som stiger sjunker tystnar och stiger
åter en, och nu som en körsång
sluter sig samman, delar sig, stiger
Du frågar om något talar i oss
Du frågar om någons röst
Vad angår oss någons röst
Det är för varandra vi sjunger
Det är med varandra vi sjunger

Denna dikt av Gunnar Ekelöf kommer från samlingen Strountes och bär titeln ”Telefontrådarna”. När hans hundraårsdag uppmärksammades i en kvällstidning stod de två sista raderna ensamt att läsa utan koppling till resten av dikten. Två rader är inte så mycket, men dessa var så mycket mer – det tycks vara men också svårgreppbart. Först positionerar Ekelöf sig själv bland de sjungande, samtidigt som de sjunger för varandra lyssnar de också på sin egen sång. Det är enkelt: ”vi sjunger”, det är ”för varandra” men vi vill också med vår sång bli hörda av varandra – ”Det är för varandra vi sjunger.” Men det är här det svårgreppbara också börjar, då altruismens ”för” så anspråkslöst byts ut mot gemenskapens ”med.” Vi som sjunger för varandra; vi är också med. När dikten läses i sin helhet, och Ekelöfs fråga i raden innan de två sista kommer med, blir de två beskedliga raderna skräckblandade. Vad angår oss egentligen någons röst?

Gustav Fröding, en annan svensk poet, var verksam innan Ekelöf. Deras gärningar korsades när Ekelöf 1952 fick Frödingstipendiet. Men de träffades förmodligen aldrig personligen då deras livsbanor enbart överlappade varandra med fyra år. Fröding led av vad som då kallades för kronisk alkoholism, melankoli och insania degenerativa. Men det är värt att nämna att detta medförde att han under långa perioder fick bo på olika vårdhem och mentalsjukhus. Det är något som lyser

genom i hans texter. I Frödings dikt ”En Ghasel” ur samlingen ”Guitar och dragharmonika”, står det att läsa:

> Jag står och ser på världen genom gallret;
> jag kan, jag vill ej slita mig från gallret,
> det är så skönt att se, hur livet sjuder
> och kastar höga böljor upp mot gallret,
> så smärtsamt glatt och lockande det ljuder,
> när skratt och sånger komma genom gallret.
>
> Det skiftar ljust av asp och al och björk,
> där ovanför står branten furumörk,
> den friska doften tränger genom gallret.
> Och över viken vilket präktigt sken,
> i varje droppe är en ädelsten,
> se, hur det skimrar härligt genom gallret!
>
> Det vimlar båtar där och ångare
> med hornmusik och muntra sångare
> och glada människor i tusental,
> som draga ut till fest i berg och dal;
> jag vill, jag vill, jag skall, jag måste ut
> och dricka liv, om blott för en minut,
> jag vill ej långsamt kvävas bakom gallret!
>
> Förgäves skall jag böja, skall jag rista
> det gamla obevekligt hårda gallret
> – det vill ej tänja sig, det vill ej brista,
> ty i mig själv är smitt och nitat gallret,
> och först när själv jag krossas, krossas gallret.

Ingen sjöng för Fröding och inte heller med honom. Hans röst angick inte någon, han fick av litteraturkritikern John Landquist namnet: ”tillvarons utlänning”.

1. Bakgrund

Urskiljning av ett problem

Den 16 mars år 2000 överlämnade regeringen propositionen *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken* till riksdagen. I denna föreslås nationella mål och inriktningar för en kommande handikappolitik. Regeringen bedömde att under de närmsta åren måste särskilda insatser göras så att ett handikapperspektiv kan genomsyra alla samhällsektorer. Krav skulle också införas i plan och bygglagen för att eliminera hinder i befintliga lokaler och platser dit allmänheten har tillträde. Även bemötandet av personer med en funktionsnedsättning skulle förbättras, vilket inte bara handlade om mötet mellan människor utan har också att göra med hur samhället i lagar och resursfördelning visar vilken syn på människor som råder i samhället (Socialdepartementet, 2000).

Propositionen ingår i en större ideologisk strömning som under 1980- och framförallt under 1990-talet bidrog till att nya rättighetslagstiftningar formulerades. Men också att befintliga omformulerades för att sedermera implementeras och påverka rådande praktik. Den övergripande visionen för den rådande handikappolitiken är att alla medborgare, oavsett fysiska och psykiska förutsättningar, ska kunna ta aktiv del av alla samhällets delar. Den sociala och materiella omgivningen ska varken vara hindrande eller diskriminerande. Den handikappolitiska visionen har tagit sin form parallellt med den nya epok inom vården som 1944 års lag om undervisningen av s.k. ”bildbara sinnesslöa” markerar startpunkten på. Medicinska förhållanden, vare sig psykiska eller somatiska, ska inte vara en faktor som medverkar till en exkludering från en samhällelig gemenskap. I kölvattnet av denna utveckling har det vuxit fram reformer av regelverk som numer gäller såväl vårdfrågor som tillämpningen av lagstiftningar samt de sociala, juridiska, ekonomiska och materiella aspekterna av ett samhällsliv.

Den nya inriktningen, 1980- och 1990-talets reformer innebar, syftade till att samhällets olika aktörer aktivt skulle medverka till en

integrering av personer med olika funktionshinder. Det visade sig dock att personer med en psykisk sjukdom på ett flertal områden skiljde sig från andra grupper handikappolitiken omfattade. Framförallt utmärkte de sig i tre viktiga aspekter: de hade sämre inkomst, de hade svårare att få jobb och bostad (SOU, 2006, s. 20). Det har också uppmärksammats att de själva upplever sig vara mer diskriminerade i mötet med vårdpersonal och i interaktionen med andra personer utan en psykiatrisk problematik. De var stigmatiserade (Lundberg, et al., 2008, s. 53).

Tre år efter den handikappolitiska propositionen, den 23 oktober 2003, beslutade regeringen i ett direktiv (2003:133) att tillkalla en nationell samordnare med uppgift att se över frågor som arbetsformer, samverkan, samordning av resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering, vilka speciellt berör personer med en psykisk funktionsnedsättning. Regeringen ansåg att det fanns brister inom den psykiatriska vården och den sociala omsorgen av personer med en psykisk sjukdom.

Lagstiftningen som omgärdar vården var då, och är fortfarande, omfattande. Den innefattar t.ex. bestämmelser om ansvar, organisation, rättigheter, skyldigheter, rättssäkerhet och tillsyn som regleras i hälso- och sjukvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, socialtjänstlagen, kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet. Psykiatri handlar om så mycket mer än enbart psyket och psykiatrisamordnaren gavs i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda myndigheter formulera strategier för att samordna och stärka utvecklingsarbetet inom psykiatrin.

Då läkaren Anders Milton den 27 november 2006 överlämnade den nationella psykiatrisamordningens slutbetänkande var devisen att även om en medborgare i Sverige får problem med sin psykiska hälsa ska hon eller han känna sig trygg i vetskapen att få en god och säker vård och omsorg (SOU, 2006, s. 147). Den föreslagna strategin var att öka sysselsättningen och delaktigheten i samhället för människor med ett psykiskt funktionshinder. Även om en funktionsnedsättning drabbar en enskild är möjligheterna till egen bostad och egen försörjning en samhällelig fråga. Målet är att den sociala verksamheten ska underlätta så att en person med en psykisk sjukdom får samma chanser till egen försörjning och egen bostad som de utan en funktionsnedsättning förväntas ha. Sjukdomen ska inte innebära att någon faller ur sin gemenskap och tappar delaktighet i samhället. Denna nationella

vision är även den ett resultat av den ideologiska strömning som tydligt påverkar miljön för vården av psykisk sjukdom och funktionsnedsättningar. 2006 års invändning att personer med en psykisk sjukdom har ett särskilt vårdbehov är emellertid inte ny utan har tidigare uppmärksammats, bl.a. beslutades det vid ett regeringssammanträde den 11 mars 1989 beslutades det att en psykiatriutredning skulle tillsättas. Utredningen skulle kartlägga eventuella brister i samordningen av befintliga psykiatriska vårdalternativ. 1980- och 1990-talets utveckling av vården hade inneburit betydande välfärdsvinster som medfört en förbättrad livskvalitet för en stor grupp, men vad gäller den vardag som patienterna mötte utanför den avgränsade vårdsituationen fanns dock brister (Direktiv, 1989:22).

När kartläggningen publicerades 1992 ledde den fram till en av de större förändringarna inom psykiatrins historia i Sverige – psykiatrireformen. Reformen trädde i kraft den 1 januari 1995 och hade ett starkt symboliskt värde för hur vården i framtiden kom att vara beskaffad. Det var ingen reform av den specialiserade psykiatrin som var aktuell – istället förordades riktade sociala insatser som förbättrade villkoren för att möjliggöra ett medborgerligt aktivt liv. Personer med en psykisk sjukdom skulle integreras, levnadsvillkoren skulle normaliseras och omgivningens tillgänglighet skulle vara så beskaffad att den underlättar ett delaktigt liv även om man lider av sjukdomssymptom. I och med detta har psykisk sjukdom blivit en del av en vardagsmiljö, likaså har den psykiatriska praktiken blivit en vardaglig del i en samhällelig gemenskap.

Föreliggande avhandling tar avstamp i den komplexa organisation psykiatrin idag har utvecklats till att bli ett exempel på. I avhandlingen kommer jag att fokusera på den moderna psykiatrin, vars praktik sedan mitten av 1700-talet har gått från en total institution till att vara en öppen och integrerad institution med uppgift att öka delaktigheten hos dem som förr sorterades bort. Begynnelsepunkten för psykiatrin som vi idag känner den var den franska psykiatrikern Philippe Pinels humanisering av ”vården” när psykisk sjuka tillsammans med kriminella förpassades till anstalter och särskilda inrättningar för att hanteras (Shorter, 1997, s. 11). Dess huvudsakliga uppgift är fortfarande densamma, att behandla och lindra det lidande psykiatriska symptom medför. Men, grundvalarna för hur detta görs har förändrats avsevärt. Psykiatrins verksamhet drar idag inte längre gränser mellan normalt och onormalt som den förr gjorde och är inte exkluderande som den var då den var underställd en

centralmakt. Istället är organisationsformen idag integrerad i den kontext där medborgare, sjuka såväl som friska, primärt lever sitt vardagsliv. Vidare har integreringen medfört att psykiatrin blivit mer beroende av andra aktörer än de som traditionellt förknippats med verksamheten. Dessa aktörer är nödvändiga för att en person med en psykiatrisk problematik ska kunna leva ett delaktigt liv i en samhällelig kontext och för att psykiatrin överhuvudtaget ska fungera.

Att öka delaktigheten, integrera livet och normalisera förhållandena är en komplex verksamhet och ställer stora krav på omgivningens institutionella uppbyggnad. Det övergripande problem som är ämnet för denna avhandling är hur ett liv med en psykisk sjukdom tar sig uttryck i den senmoderna epok inom vilken avinstitutionaliseringen av psykiatrin har skett. Delarbetena visar hur psykiatrins komplexa, men generella, form kan förstås med hjälp av självbiografiska och unika berättelser.

Avhandlingens syften

Det övergripande syftet, kopplat problemet, är att genom livshistoriska berättelser förstå betydelsen av psykisk sjukdom för en människas liv och vad en kontroll av en psykisk sjukdom innebär. Avhandlingens huvudresultat redovisas i fyra delarbeten med var sina resonemang och skilda slutsatser. I dessa problematiserar jag främst förhållandet mellan olika institutioner och dessas intervention i livshistoriska och självbiografiska berättelser, jag vill visa hur institutionella förhållanden införlivas i en biografi och vad det innebär. Artiklarna kan läsas som fyra olika aspekter av den problematik avhandlingen är koncentrerad kring.

Denna inledande del, eller kappa, till avhandlingens huvudresultat fungerar som en bakgrund till de fyra enskilda texterna. Tanken med avsnittet är att skapa en fond så att artiklarna tydligare anknyter till varandra. De olika delarbetenas syften kan sammanfattas i punkterna:

> *Delarbete I*: Syftet är att synliggöra de absurditeter som skapas då en person blir psykisk sjuk och hamnar i en ny levnadsbana genom att andras intressen påverkar dennes institutionella omgivning;
> *Delarbete II*: Konceptualisera den anpassning flyktingar med postraumatisk stress genomgår på vägen till att inkluderas i ett för dem nytt samhälle;

Delarbete III: Undersöka hur en psykiatrisk biografi konstrueras och införlivas i en sjukroll på ett psykiatriskt fält;
Delarbete IV: Diskutera hur självbiografiska berättelser om marginaliserade erfarenheter kan användas för att utveckla en redan existerande teori.

Med delarbetena vill jag belysa den komplexitet som ett liv med en psykisk sjukdom aktualiserar. Syftena är alla relaterade till en övergripande tes, vilken är att det råder en diskrepans mellan den kunskap en patient fått om sig själv sig genom att inkluderas i olika sammanhang relaterade till psykiatrin eller till en migrationsprocess, och den kunskap samma person har om sig själv genom sin livshistoria. Detta kan uttryckas som att det råder en brist på överensstämmelse mellan den biografiska kunskapen om och den självbiografiska kunskapen från en person. Detta resonemang har sin grund i att då egna personliga bedrövelser blir formulerade som ett allmänt problem delat av andra, befinner sig en person med en psykisk sjukdom i en konflikt om hur den retrospektiva biografin ska formuleras och konstituera en del av en levnadsbana.

I delarbete I utforskas denna tes utifrån en överlappning mellan den Italienska filosofen Adriana Cavareros (2000) och sociologen Dorothy Smiths (1987) resonemang om att självbiografiska berättelser skapas utifrån institutionella berättelser, eller biografier, om självet. Utifrån ett empiriskt material bestående av livshistoriska berättelser visar det sig att när en livshistoria flätas samman med institutionella faktorer bidrar de till att skapa en känsla av absurditet hos en person med en psykisk sjukdom. Något som primärt inte har med sjukdomens medicinska natur att göra. Som genomgående illustration används Albert Camus' (1983) karaktär Mersault från romanen *Främlingen* för att belysa absurditeten då psykiatrin lyfts in i en livshistoria och intervenerar i ett livsförlopp. I delarbete II ställs tesen i relation till en teori om marginaliserade erfarenheter hämtad från Shari Stone-Mediatore (2003) och Arthur Frank (2000b). Denna artikel baseras på ett empiriskt material bestående av livshistoriska berättelser från flyktingar med posttraumatisk stress (PTSD) om den vändpunkt uppbrottet med ett tidigare liv innebär. Slutsatsen i denna artikel är att det råder en diskrepans mellan den självbiografi flyktingar har om sig själva och den institutionellt konstruerade biografin andra, i en dominerande position, skapat om dem. Diskrepansen är ett kritiskt element för förståelsen för det som upplevs traumatiskt. Det kritiska elementet kontrasteras mot en hjältemyt, ursprungligen formulerad av

Homeros (1996) i berättelsen om Odysseus irrfärder mellan segern i Troja och sin väntande(?) fru Penelope på Ithaka. Delarbetet är också ett försök till att förstå traumat i PTSD sociologiskt genom att lyssna till de faktorer som är viktiga för personen som lever med symptomen av denna sjukdom. Det kritiska elementet och diskrepansen visar sig vara ett sätt att förstå det samtida traumat. I delarbete III behandlas det kritiska elementet mellan en självbiografisk och en biografisk förståelse mer generellt. I detta delarbete utforskas de biografiska beståndsdelarna i en sjukroll och vad som utmärker denna roll på det psykiatriska fältet. I delarbete IV tar jag hjälp av författare som t.ex. Kathryn Montgomery Hunter (1991), Arthur Frank (1995, 2000b) och Gareth Williams (1984) för att utarbeta ett förslag till en biografisk metod som kan användas för att inkludera marginaliserade erfarenheter i en sociologisk kunskapsproduktion. I denna artikel diskuteras också fördelarna med att även använda sig av fiktiva berättelser för att begreppsliggöra den sociologiska process självbiografins berättare skildrar.

Avhandlingens struktur

Mina resonemang anknyter huvudsakligen till ett perspektiv och två traditioner. Perspektivet är det vi finner i Charles Wright Mills (1967) *Den sociologiska visionen* och syftar till en historisk förståelse av individers liv och de sammas livshistoria. De två traditionerna anknyter dels an till en medicinsk-sociologisk tradition och dels till en tolkande narrativ forskningstradition.

Urvalet av informanter är i huvudsak uppdelat i två grupper. En urvalsgrupp består av informanter med erfarenheter av en flyktingprocess och erfarenheter av diagnosen PTSD. En annan urvalsgrupp består av personer med en psykisk funktionsnedsättning, men utan en migrationsbakgrund. Men mycket av den kunskap jag fått om psykiatrin som verksamhet kommer från den tid då jag letade informanter, därför är en viktig informationskälla de personer jag mötte på min väg till de två urvalsgrupperna. Denna informationskälla har en mer etnografisk karaktär.

Uppdelningen innebär att aspekter kopplade till migration har inkluderats i avhandlingen och utgör grunden för det andra delarbetets analys vilket samtidigt kontrasterar den analys jag gör i det första delarbetet. Men trots dessa två gruppers olikheter, visar de brottstycken av samma fälts komplexitet och att det däri ändå står

likheter att finna. Likheterna träder först fram då de ses i relation till psykiatrin som ett större fält där olika intressen existerar. Med fält menar jag här, i likhet med Pierre Bourdieu (1992, s. 97), en analytisk enhet inom vilket det finns positioner och framförallt relationer mellan dessa. Positionen är associerad med en viss status som innebär en specifik inordning i en struktur. Kampen och konkurrensen mellan de olika positionerna är en kamp om att vara i en dominerande position, denna kamp gör fältet dynamiskt och föränderligt. Dynamiken innebär en spänning mellan associerad status och egentlig struktur, Menar Bourdieu (1977, s. 166). På det psykiatriska fältet vill jag visa att det finns läkare, forskande såväl som kliniskt arbetande psykiatriker, socialarbetare, handikapporganisationer och framförallt de som har en sjukdom – alla med olika positioner, status och roller som tillsammans bidrar till fältets existens och struktur.

I den nästkommande delen, kapitel två, redogör jag för den medicinsk-sociologiska tradition som är genomgående för delarbetena. Främst är det sjukrollen jag ingående diskuterar. I denna del för jag ett resonemang om hur uppdelningen mellan patient och läkare tagit sin form på det psykiatriska fältet som en mellanmänsklig relation med specifik karaktäristika. I den tredje delen, görs en genomgång av det psykiatriska sjukdomsbegreppets utveckling, vilket är det begrepp om psykisk sjukdom som forskande psykiatriker har enats kring och som fått en acceptans i en klinisk praktik. Centralt för den tredje delen är ett resonemang om hur den moderna psykiatrin övergått i en ny psykiatri. Jag visar att fler intressen och andra faktorer än just medicinska påverkar det fältet, vilket illustreras med uppkomsten av diagnosen PTSD. Den fjärde delen är en sociologisk problematisering av psykiatrins fält, där jag problematiserar konsekvenserna av psykisk ohälsa utifrån en sociologisk begreppsapparat. Jag behandlar där den förändring psykiatrin genomgick under 1960-talet och den kritik som framfördes mot psykiatrin som total institution, detta görs i första hand för att förstå framväxten av den form psykiatrin har idag efter de totala institutionernas kris.

Institution är liksom fält ett svårdefinierat begrepp och ska inte likställas en inrättning eller en anstalt som avgränsade platser. Institutioner ses med större fördel som de mellanmänskliga relationer som utspelas på anstalter men också på andra platser där en interaktion visar sig vara reproducerat över tid. Institutioner för samman en individ med ett större historisk och socialt kontext (Berger, et al., 1967, s. 60). I dessa institutioner finns det maktrelationer som är beroende av strukturerna på det fält de uttrycks

på, men de efterlevs i vardagliga och mellanmänskliga relationer. Institutionella relationer kan också formuleras i text som diskursivt reglerar och koordinerar en fältspecifik interaktion och praktik (Smith, 2005). Sammantaget, och grovt förenklat, är en institution det som underlättar en interaktion men också de verksamheter som bevarar den över tid som något oberoende de individer som ingår i den. Samtidigt är individerna institutionens egentliga beståndsdel.

Kappan har en femte del, där det läggs fram ytterligare lärdomar om psykisk sjukdom i förhållande till den sociologiska historia fenomenet är en del av. I denna del diskuterar jag hur psykiatrin som institution har fått en ny skala och dess organisation med detta en ny form. Avslutningsvis, i kapitel sex, kommer en metodologisk diskussion där jag beskriver tillblivelsen av mitt material och hur det kom sig att just detta material blev det jag grundade mina slutsatser i.

2. Psykiatrin som en social organisatör

Gemenskap genom gränsdragningar

Större delen av den moderna psykiatrins historia har präglats av inspärrningsmiljöer, dess organisationsform och dess praktik har bidragit till en exkluderingsprocess av personer vilka uppvisar symptom på en psykisk sjukdom. Uppgiften för verksamheten var tvehövdad, samhället skulle skyddas från ”galningarna” men de skulle också skyddas från samhället.[1] Ofta skrevs de in på specialiserade kliniker belägna utanför det lokala stadssamhället. När vi idag ser arkivbilder från denna tid får vi ofta se nidbilder av tvångströjförsedda eller bältesspända utmärglade människor med tom eller stirrande blick och ovårdad frisyr. Genom otaliga litterära texter har vi också bibringats de många absurditeter en psykisk sjukdom kan innebära då någon ställs inför ett lokalsamhälles implicita, men gemensamma gränsdragningar, som t.ex. John Rambo i David Morells roman *Tvekampen*. Vi har också sett tillvaron i Milos Foremans filmatisering av Ken Keseys roman *Gökboet*, som gemenskapsbildande i sin egen exklusivitet. Ofta har vi i skildringarna anat att det finns en representant för den vårdande rollen, som beroende på institutionens spelregler har mandat att förse någon med piller, spännbälten eller på något annat vis frihetsberöva honom eller henne. I *Gökboet* är det vita rockar, medan det i *Tvekampen* är uniformsklädda poliser som kontrollerar att händelseförloppet löper som de anser att det ska göra.

Alla dessa bilder, påhittade eller verkliga, är relevanta för att förstå det kunskapssammanhang psykisk sjukdom är en del av och det sammanhang som den nya psykiatrins organisation växt fram ur. Men de är också relevanta för att förstå en större historisk förändring och en samhällelig utveckling.

[1] Med modern psykiatri menar jag den praktik som växte fram samtidigt med det moderna samhället. Den moderna psykiatrin har sin början då den första ”galningen” eller ”dåren” togs omhand av medicinskt specialiserad personal.

Det som följer i denna inledning koncentreras till en sociologisk problematisering av det historiska förlopp som lett till den avinstitutionaliserade form dagens psykiatri har tagit. Den historiska uttolkningen centrerar jag kring två begrepp: gemenskap och gränsdragning. På ytan kan de tyckas ha helt olika betydelser, men när de förs samman förefaller de två begreppen intimt sammankopplade. Gemenskap och gränsdragning är dock ingen dikotomi som Émile Durkheims mekaniska och organiska solidaritet ibland hävdas vara. Istället har de ett dialektiskt förhållande till varandra som bidrar till varandras existens och betydelse. Jag menar att gemenskap och gränsdragning är aspekter vilka tar sina uttryck på olika sätt i människors vardag och får konsekvenser för ett framtida liv. De är två faktorer vi inte kan bortse från för att förstå den moderniseringsprocess det västerländska samhället genomgått sedan slutet av 1700-talet.

Lundasociologen Johan Asplund (1991, s. 20) skriver i sin genomgång av Ferdinand Tönnies (1955) begreppspar gemeinschaft och gesellschaft att en gemenskap är komplex och inlärd. Men den är också en social relation som är uppblandad med rationella beräkningar, konflikter och ibland också med våld. Förhållandet mellan gemeinschaft och gesellschaft präglas av en dialektisk motsättning, menar Asplund. Men först och främst speglar Tönnies begreppspar två olika sätt att se på samhället (Asplund, 1991, s. 39 & 79). På samma sätt vill jag mena att gemenskap och gränsdragningar framförallt utgör två olika sätt att se på ett och samma samhällsfenomen. Jag menar att psykiatri kan förstås som en gemenskapsbildande institution men samtidigt också som gränsdragande sådan.

Gemenskaper byggs inte uteslutande av gränsdragningar, men de underlättar gemenskapens kontinuitet. Gränsdragningar kan vara lätta att göra medan gemenskaper är desto svårare att markera. Ekelöfs körsång i prologen visar en gemenskap som stiger, ifrågasätter den andres röst, sjunker och tystnar, medan Frödings galler snarare markerar en gräns som till viss del är bestående då det ej vill brista. Gallret är smitt och nitat i Fröding och skiljer honom från ”…muntra sångare och människor i tusental”, däri finner vi en gränsdragning som markerar hans utanförskap. Hos Ekelöf finner vi däremot en gemenskap, det är något som bildats då flera toner slutit sig samman till en gemensam sång, gjort kördeltagarna å sin sida medvetna om deras flyktiga likhet baserad på varandras gemensamma gränsdragning. Gallret å sin sida markerar en bestående olikhet mellan det innanför och utanför.

Den klara uppdelningen mellan gemeinschaft och gesellschaft är svåridentifierad rent empiriskt, eftersom de i egentlig mening har existerat i blandformer. Gemenskapen i ett gemeinschaft kan innefatta ett gesellschaftspräglat kontrakt; en abstrakt grundad gesellschaft-sammanslutning kan samtidigt utgöra en gemenskap utifrån ömsesidiga, ändock individuella intressen. Tönnies (1955, s. 55 & 74) anger att i en traditionell gemenskap ansamlas olika deltagare genom att de talar ett gemensamt språk, tänker utmed samma grundläggande tankegångar och att det finns en naturligt bevarad reciprok förståelse. De som förstår varandra förblir och dröjer sig kvar i förbund över tid. Deras tankar och handlingar sammanfaller, menar Asplund (1991, s. 79). Dock är detta nödvändigtvis inte grundat i någon abstrakt organisation eller genom opersonliga kontrakt utan i föreställningar om existerande familje- och vänskapsband.

I det till svenska svåröversättliga tyska begreppet gesellschaft har betydelsen av dessa existerande band idealt försvunnit.[2] Tönnies skriver i en engelsk översättning…

> …here [in the Geselleschaft] everybody is by himself and isolated, and there exists a condition of tension against all others. Their spheres of activity and power are sharply separated, so that everybody refuses to everyone else contacts with and admittance to his sphere; i.e., intrusions are regarded as hostile acts (Tönnies, 1955, s. 74).

Men det är ändå för djärvt att påstå att ett modernt gesellschaftsamhälle saknar gemenskaper. I ett geselleschaftsamhälle grundar sig inte gemenskaperna främst på gemensamma tankegångar eller språklig förståelse. Utan de grundar sig på ömsesidiga associationer av abstrakta kontrakt och, kanske framförallt, på en tilltro till den andres förnuft. Ju mer komplext samhället blir desto mer regleras gemenskaper av dessa abstrakta reciprociteter, vilka nödvändigtvis inte behöver vara en ursprunglig del av de sammanhang de reglerar. I gesellschaft planerar och överlägger människorna sina handlingar – omgivningen ska och kan kontrolleras (Asplund, 1991, s. 80). Ett kontrollbegär aktualiseras genom gränsdragningar vilka

[2] Se även här Johan Asplunds (1991) exposé över Tönnies' begreppspars olika översättningar. Den engelska översättningen av Tönnies bok *Gemeinschaft und Gesellschaft. Abhandlung des Communismus und des Socialismus als empirisher Culturformen* från 1887 jag använt gjordes av Charles P. Loomis och bär titeln *Community and Association*.

differentierar individer från varandra och de gemenskaper de tillsammans skapar.

För gränsdragningarnas olika natur finns det idag inom sociologin flera begrepp med olika ursprung och på olika analytiska nivåer. Det finns differentiering, stratifiering och skiktning – alla med särskilda teoribildningar som erbjuder särskilda lösningar. Differentiering inrymmer ett budskap om en progressiv separation av samhälleliga funktioner, tidsligt och rumsligt. Ju mer specialiserade och exakta funktionerna blir desto mer separeras de från varandra. I linje med detta resonemang argumenterar Anthony Giddens (1991, ss. 18-20) att det, i den idag senmoderna eran, sker differentiering överallt och på alla samhälleliga nivåer. Sociala relationer lyfts ur sin lokala kontext och införlivas i abstrakta system som generellt kan appliceras i andra sammanhang. Att reflexivt laborera med dessa abstrakta system har blivit vardagsrutin för den senmoderna människan då privata levnadsvanor upprättas (Giddens, 1991, s. 38). Konsekvensen, menar Giddens, blir att gränsdragningar finns överallt. Funktionerna de markerar är nödvändigtvis inte avhängiga en individs personliga egenskaper, vilket de ofta var under ett förmodernt gemenskapsbaserat gemeinschaft. Gränsdragningar härleds istället till en förmåga att induktivt och reflexivt dra slutsatser från tidigare händelser för att finna dess giltighet i andra lokaliteter och sammanhang. På så sätt är gemenskap i det moderna samhället, som också Asplund hävdade i sin essä om Tönnies, inlärd och grundad i beräkningar utifrån en abstrakt logik – men också bibehållen genom en spridning till andra nivåer och andra kontextuella sammanhang.

Förändringen från ett igår traditionellt gemenskapsbaserat samhälle till ett idag specialiserat kunskapssamhälle har i grunden förändrat människors vardagsliv. Den modernare människan anses förlita sig till expertkunskap och opersonliga institutioner, vilka reglerar det egna vardagliga livet ofta utifrån nya vetenskapliga rön och teknologiska framsteg. I sin förlängning innebär detta att egna beslut bidrar till ett gemensamt liv byggt på argument med sin grund i utredningar och evidensbaserade resultat. Gemenskapernas gränsdragningar ger ett intryck av att vara rationella. Denna rationalitet medför att opersonliga, statliga verk och departement introduceras för att övervaka att gemenskaperna byggs och verkar på ett sådant sätt som det från början var tänkt. Ofta sker regleringen genom en tillämpning av nya direktiv, utredningar eller genom en kvalificerad expertbedömning. På så sätt, vill jag mena, kontrolleras människors liv institutionellt och på avstånd.

Denna trend har emellertid inte stannat på en samhällelig nivå, utan även ympats in i vardagens och i individens vedermödor. Den tyska sociologen Ulrich Beck (1992, s. 90 & 100) menade att i senmoderniteten produceras den egna individuella biografin reflexivt utifrån individens positionering som en social aktör. De abstrakta systemens logik införlivas som levnadsförhållanden och intervenerar på detta sätt i ett avgränsat levnadsförlopp inom en samhällelig gemenskap. Den reflexiva senmoderniteten skulle innebära nya möjligheter till individualisering och emancipation, men enligt både Giddens (1984, s. 3 & 118, 1991, s. 38) och Beck (Beck, 1992, s. 96 & 132) tillskrivs reflexiviteten även en homogeniserande effekt. Även om det har visat sig att utvecklingen gått i riktning mot ett individcentrerat och heterogent kunskapssamhälle har det samtidigt skett en biografisk standardisering. Det egna livet har således först och främst en personlig signifikans men får också en allmän relevans.

Att kontrollera liv

Psykiatriutredningen från 1992 konstaterade att det fanns en rad hinder för integreringen av personer med en psykisk sjukdom i samhället. Men bristerna bestod inte i psykiatrins medicinska praktik utan i samordningen av den sociala verksamhet som syftade att normalisera levnadsförhållandena för personer med en psykisk sjukdom (Psykiatriutredningen, 1992, s. 125). Det fanns en diskrepans mellan den psykiska problematikens medicinska betydelse och dess sociala konsekvens. Två olika strategier ansågs nödvändiga för att lindra en psykisk sjukdom. Dels fanns medicinska strategier för att utkristallisera eventuella patologier och dels fanns den sociala verksamhetens strategier för att normalisera livsvillkoren.

Antropologer och etnologer har länge känt till att i kroppen möts natur och kultur med biologi och samhälle. Antropologen Arthur Kleinman (1988, s. 8) skriver att en psykiatrisk diagnos inbegriper en underförstådd kategorisering av någon slags mänsklig bedrövelse i medicinska termer. Sociologen Bengt Erik Eriksson (1989) visar att denna bedrövelse har under psykiatrins förhistoria kategoriserats som religiösa eller moraliska problem eller som något ödesbestämmt utifrån folkmedicinska föreställningar. Likheten mellan dessa disparata perspektiv på psykisk sjukdom är att samtliga innebär ett tillerkänt behov av en yttre korrigering eller disciplinering. Detta behov var under psykiatrins förhistoria grundat i folkliga föreställningar om

problemets art (Eriksson, 1989, s. 47). Men sedan 1800-talets senare hälft har det skett en skiktning mellan vetenskapliga och folkliga föreställningar som lokaliserat galenskapen i människan (Johannisson, 1997, s. 183).

Inom sociologin var Lawrence J. Henderson (1935) med sin text *Phycisian and Patient as a Social System* en av de tidigare med att öppna upp det medicinska fältets struktur för sociologisk analys. Han visade att det var möjligt att lyfta blicken från det sjuka och friska till dessa två delars betydelse för ett socialt system. Han skrev:

> A physician and a patient make up a social system. And that is my first point /…/ In any social system the sentiments and interactions of the sentiments are likely to be the most important phenomena. And that is my second point (s. 206).

Henderson menar att patienten och läkaren befinner sig på ett fält som är ämnat för läkekonst, men de utgör också ett socialt system i vilket de tillsammans hanterar sjukdom och friskhet. Han satte parentes kring det individuella i mötet mellan patient och läkare; fokus riktades istället på hur deras gemensamma intressen tillsammans strukturerades socialt. För Henderson spelade det ingen roll om patienten led av en psykisk sjukdom eller av kroppsliga, somatiska krämpor – det som var betydelsefullt var hur mötet och interaktionen strukturerades utifrån ett gemensamt mål.

Talcott Parsons som var verksam ett tiotal år efter Henderson, fortsatte där Henderson slutat och bidrog till att grunda den subdisciplin som sedermera kom att kallas medicinsk sociologi. Men inom sociologin har Parsons varit en referenspunkt både för positiv och negativ kritik. Få har efter honom fått ett lika stort genomslag för sociologisk teoribildning men ännu färre har fått lika många kritiska röster höjda mot sig gällande teoretiska brister. Inom sociologin var han den som på ett nytt sätt såg hur biologi och samhälle kunde vävas samman i en sociologisk analys om en för det västerländska samhället central enhet – den medicinska praktiken. Ett centralt argument Parsons lyfter fram är att det medicinska fältet inte struktureras uteslutande utifrån medicinska eller enskilt individuella faktorer. Han utvecklade Hendersons tanke om att aktörerna, individer såväl som grupper, inordnas i en struktur utifrån komplexa sociologiska mekanismer, där det sociala systemet blir självreglerande och hålls i jämvikt utifrån dessa mekanismers strukturerande förlopp.

Ett av de mer kända exemplen på den kritik Parsons mötte är den nordamerikanska sociologen George C. Homans (1964), vars ordförandetal i det amerikanska sociologförbundet var en enda lång retorisk hammare för att slå sönder den strukturfunktionalistiska skola Parsons var en tongivande del av. Homans menade att denna sorts funktionalism endast är intresserad av hur konsensus kring eget formulerade teoretiska begrepp och tankgångar uppstår. Människor var egentligen inte människor utan endast medlemmar av olika grupper för de agerade efter gruppens normer och de agerade i roller. I nästa steg bildar kluster av roller institutioner. Därmed åsidosätts den handlande människan och deras liv, löd kritiken. Strukturfunktionalisterna fortsatte sedan, enligt Homans, med att endast intressera sig för hur institutioner och roller är strukturerade i förhållande till varandra och hur institutionerna har en given funktion att hålla samman samhället i jämvikt (Homans, 1964, ss. 809-810).[3] Homans ville inte att sociologins projekt skulle stanna vid dessa strukturella relationer och funktioner. Sociologin skulle också förstå varför institutionerna var som de var – vilket Parsons till stor del lämnade därhän (Homans, 1964, s. 814).

Homans kritik är tankeväckande, men på många sätt felaktig, Parsons huvudsakliga tankegång handlar inte om det Homans efterfrågade. Intresset var inte att empiriskt ge en förklaring till institutionernas uppkomst, snarare ville Parsons analytiskt ge en schematisk bild av hur samhällen är strukturerade och hålls ihop, skriver Wallace och Wolf (1999, s. 27). Homans var snarare intresserad av förhållandet mellan externalisering och objektivisering som Peter Berger och Thomas Luckman håller som central i sin analys av sociala samspels habitualisering (Berger, et al., 1967, ss. 61, 67). Parsons primära intresse var däremot individers inordning i förhållande till sociala objekt och normativa värdesystem (Parsons, 1964, s. 253).

När det gällde det medicinska fältet var det ett område Parsons trots allt brydde sig om att empiriskt studera. Han var emellertid endast intresserad av det som en praktik och som en illustration av ett subsystem inom det moderna västerländska samhället (Parsons, 1964, ss. 428-429). Om än diskret så låg det sjuka i samhällets normer. Han skrev:

[3] Ett förhållningssätt som kom att bli tongivande inom socialantropologi. Inspiration hämtades i mångt och mycket från Émile Durkheims arbeten, speciellt *The Elementary Forms of Religious Life*.

> Summing up, we may say that illness is a state of disturbance in the 'normal' functioning of the total human individual, including both the state of the organism as a biological system and of his personal and social adjustments. It is thus partly biologically and partly socially defined (Parsons, 1964, s. 431).

Det är en harmonisk bild Parsons tillskriver den medicinska praktiken. Sjukdomen är en störning i individens normala funktion. De handlingar man förr var kompetent att utföra har tillfälligt satts ur spel både på grund av biologiska och sociala skäl. Parsons utgick från det sociala systemet för att sedan dra slutsatser om hur individernas gemensamma handlingar kan inordnas i förhållande till en rådande struktur. Det är individens rollspecifika handlingar och sociala reglering han intresserade sig för. Han uppmärksammade dock en, för individen, negativ aspekt av inordningen och internaliseringen av ett normativt värdesystem. Han menade att det hos individen kan uppstå en indignation eller frustration i förhållande till eget upplevda förväntningar man tror att andra har på en själv och som tvingar aktören till att ställa sig till ett rollspecifikt beteende (Parsons, 1964, s. 254).[4]

Mills levererade än mer kritik mot den harmoniska bild Parsons generella teori bygger upp. I boken *The Sociological Imagination* ägnade han ett kapitel åt att närläsa Parsons moderna klassiker *The Social System*. Genom sin läsning invände Mills att eftersom denna sorts teori är berusad av syntax, men till största del blind för semantik ser den bara hur samhällets faktorer hålls samman, men inte vad de står för. På detta sätt, menade Mills, är Parsons på en så hög abstraktionsnivå att han skapar egna problem för att lösa dem med egna begrepp (Mills, 1967, s. 33 & 34). Det struktureringsproblem Parsons ville lösa, var problemet om samhällets ordning och dess normativitet. Ett system hålls ihop, huvudsakligen på grund av att det finns förväntningar på att konventioner efterföljs. Vad konventionerna betyder för den deltagande individen i termer av institutioner bortsåg Parsons ifrån. Åtminstone var det inte hans direkta fokus (Parsons, 1964, s. 249).

Det sociala jämviktsläget, eller ett ekvilibrium, är en grammatik, eller den syntax, för hur roller struktureras i stabila grupper vilket kräver två mekanismer för att inte oordning ska ta över. Det första är

[4] De negativa känslorna kan upplevas som alienation, vilket kontrasterade konformitet.

en lyckad socialisation, det vill säga alla sätt som gör att en individ associeras och associerar sig med en social position i en gemenskap. Det andra är social kontroll, vilket är de sätt som styr individen att vilja bibehålla sin position, vilket också inkluderar de sätt individer själva använder sig av för att medvetet behålla sin position, menar Mills (1967, s. 32). Genom det sociala systemets logik och teknik samt de två mekanismerna finns alltså inget annat än ett ekvilibrium baserat tvång och frivillighet. Mills drar själv upp distinktioner mellan å ena sidan personliga bekymmer som förbinds med den närmaste omgivningen. Å andra sidan, problem som förbinds med den samhälleliga strukturen och utgör frågor som går utöver individens lokala miljöer och enskilda vedermödor. Parsons begrepp löser problem, om än dess egna, men sätter bekymren åt sidan.

Parsons skrev i en tid då stora exkluderande inrättningar fortfarande var i bruk inom psykiatrin, men också inom andra delar av samhället.[5] Enligt den franska filosofen Gilles Deleuzes (1993) historieanalys var detta den era då disciplinsamhällena nådde sin höjdpunkt – då individuella kroppar skulle återställas, inte bara medicinskt, utan helst också korrigeras till en social position. Men ett normativt värdesystem, menade Parsons (1964, s. 263), kan inte reagera på en individs handlingar. Denna reaktion måste komma från en annan aktör, av någon som identifierar sig med en dominerande position i värdesystemets logik, eller på fältet.[6] Någon som har auktoritet. Utifrån detta resonemang består det medicinska fältet främst av två roller som drivs av gemensamma och specifika normer. Det är för det första ”patienten”, den med en sjukdom, och det är för det andra ”läkaren”, den med kunskap om den sjuke.

Om vi följer Deleuzes prognos av modernitetens slutfas har disciplinsamhället nått sin höjdpunkt och övergått till ett kontrollsamhälle. I denna kontext blir inte den sjuke med en psykiatrisk problematik längre exkluderad från samhället för att sedan hanteras av disciplinerande krafter på en inrättning. Psykiatrins praktik sprids istället från den totala institutionens avgränsade område till att innefatta flera institutioner, med specifika och olika verksamhetsplaner. Att vårda innebär inte längre att gallerförse en

[5] Även om många institutioner, som t.ex. Erving Goffmans (1991) totala institutioner förutsätter en inrättning så bör institutioner i en sociologisk bemärkelse inte förväxlas med en inrättning.

[6] Detta är en observation som även Michel Foucault (1977, 1988a) gör, att individer som inte fullföljer sin förväntade roll kontrolleras på en avskiljd plats genom en disciplinerande verksamhet.

tillvaro utan att undanröja gallren för att underlätta för en person med en psykisk sjukdom att även vara delaktig i samhällslivet. För att den psykiatriska vården ska vara framgångsrik krävs en samstämmighet mellan medicinska bedömningar och sociala verksamheter. En delaktighet skapas genom integrering av individen och normalisering av tillvaron.

Sjukrollen

För den traditionella medicinska sociologins perspektiv är det intressanta hur ett socialt systems olika parter struktureras av en gemensam logik. Men, kan någon inte delta i samhället som det är tänkt på grund av en sjukdom innebär det nödvändigtvis inte en frigörelse från ansvar och förväntningar. Istället förväntas det att en läkare ska uppsökas och just i läkarmötet, visade Parsons på en gemensamt strukturerad logik. Den sjuke gör vad som förväntas och vad som krävs och likaså gör läkaren som förväntas att hela. Det är ingen frigörelse det är snarare att andra förväntningar träder i kraft. Spontant kan det tyckas som om att då en person drabbas av en sjukdom styrs han eller hon inte längre av systemets logik, utan av medicinska eller biologiska omständigheter. Istället menade Parsons att personen, som blir sjuk, inte friställs från de förväntningar han eller hon i friskt tillstånd omgavs av, utan att dessa finns kvar, om än i en annan form. ”Den sjuke” förväntas i stället att göra sitt bästa för att bli frisk igen och återigen inta sin tidigare sociala position. Det är endast ett tillfälligt utträde ur en ursprunglig roll och inget anomiskt tillstånd, i en Durkheimiansk bemärkelse, då det råder en brist på normativ reglering och samhörighet (Durkheim, 1983, s. 220).

Istället för att ett anomiskt förhållande råder, menade Parsons att de tidigare institutionaliserade förväntningarna byts ut mot andra. De nya förväntningarna är kopplade till de förra i den bemärkelsen att de innebär återanpassning till och en självreglering utifrån dessa (Parsons, 1964, s. 436).[7] Som en pendang till detta resonemang kan Robert K.

[7] Detta resonemang har skapat en kritisk diskussion inom om marginaliserade erfarenheters obefintlighet. Poängen är att även om sjukdomen innebär en marginaliserad position så är den underordnad och bestämd utifrån en ursprunglig position (Mishler, 2005). Arthur Frank (1995, 2000a, 2000b) hävdar att det är har en plikt att lyssna på berättelser från en marginaliserad position. Det är till och med ett moraliskt krav att höra den sjukes berättelse. För en mer generell diskussion om kritiken av marginaliserade erfarenheter se Shari Stone-Mediatore

Mertons (1938) anomibegrepp nämnas, han baserade sin version av anomi på Émile Durkheims teser, men hävdade att denna sorts anomi innebär att den avvikande på grund av yttre tryck anpassar sig till ett icke konformt snarare än till ett konformt beteende. Detta icke konforma beteende blir ett normaltillstånd för vissa. Men, på samma sätt som Parsons, menade han att ett system medför att de gemensamma mål samhällsdeltagare eftersträvar är av systemet givna. På så vis blir behandling av sjukdom en normativ reglering.

Den sjuke

Parsons resonemang grundar sig i att ”den sjuke” först blir sjuk och samtidigt bryter en norm då de tidigare rollspecifika förväntningarna inte uppfylls. Istället för att låta ”den sjuke” anta en avvikarroll introducerade Parsons begreppet sjukroll, vilken kännetecknas av fyra karakteristika. För det första är det inte meningen att ”den sjuke” ska leva upp till tidigare krav och det förväntas inte heller att så ska ske. För det andra kan ”den sjuke” inte bli bättre av egen vilja, genom egna val eller handlingar. De medicinska omständigheterna måste förändras, men det räcker knappast med att endast attityden förändras. ”Den sjuke” måste bli hjälpt av en annan för att komma ur sitt sjukdomstillstånd. Således blir det legitimt att inte leva upp till tidigare förväntningar och krav eftersom sjukdomstillståndet är bortom egen kontroll. Det innebär då, för det tredje, att det sjuka tillståndet icke är önskvärt och medför ett obligatorium – det vill säga att bli frisk igen. Den sjuke är tillfälligt satt ur spel men ska komma tillbaka till sin ursprungliga roll. Tillbaka från periferin så att tidigare förväntningar och krav strukturerar vardagen igen. I förloppet ingår det en återanpassning och rehabilitering. Slutligen, för det fjärde, förväntas ”den sjuke” söka den medicinska expertis omständigheterna kräver, vilket innebär att ”den sjuke” nu är en patient på ett medicinskt fält, en patient som associeras en status och förväntas att göra sitt bästa för att bli frisk (Parsons, 1964, s. 437).

Patienten är långt ifrån ensam i sin vardag. Förväntningar, krav och medicinsk praktik intervenerar i hur hans eller hennes levnadsvbana fortlöper. Vilket den gör utifrån det från början givna målet att bli frisk igen, att komma tillbaka, fungera i och bidra till systemets harmoni. Det är detta mål som från allra första början var givet. På

(2003) och Adriana Cavareros (1995, 2000) resonemang om universell kunskap och möjligheterna till en unik självbiografi utifrån denna.

detta sätt går samhället som på autopilot. Läkaren är egentligen i systemets tjänst och ska återanpassa den avvikande för att han eller hon ska rehabiliteras in i sin ursprungliga roll. Sjukrollen, är då enligt Mills, ett exempel på hur ett personligt bekymmer övergår i ett allmänt socialt problem. Men också ett exempel på hur sjukdomar genom medicinsk kunskap skapar en gemenskap utifrån sina specifika gränsdragningar och hur sjukdomar kontrolleras socialt.

Läkaren

Sjukrollen ålägger på patienten att söka den medicinska expertis omständigheterna kräver och det ligger på läkaren att bota och lindra. Idéhistorikern Karin Johannisson (1997, s. 183) skriver att under den senare delen av 1800-talet stängdes gränsen mellan den vetenskapliga och den folkliga medicinen. På den ena sidan stod experterna, med överlagda och rationella bedömningar; på den andra stod kvacksalvarna med personliga åsikter och ogrundade påståenden. Johannisson (s. 186) menar att det nu skapats fler fält, med tillhörande kulturer. Dessa fält konkurrerar dessutom med varandra om företräde till att: 1) ge namn åt en sjukdomsupplevelse; 2) utveckla sjukdomsförklaringar; 3) bemöta smärta; 4) bota; 5) skapa regler för hälsa och förebyggande av sjukdom; 6) bemöta misslyckanden och 7) hantera döden. På samma sätt som andra medicinska praktiker, är psykiatrin idag inte ett isolerat fält, som bedrivs utifrån en egen central och fixerad målformulering. Psykiatrikern har visserligen medicinsk expertkunskap om diagnoskriterier och patologier och är följaktligen en specialist eller expert i Giddens och Becks senmodernitet. Men de medicinska besluten måste samordnas med andra aktörer som ansvarar för att en samhällelig delaktighet ska uppnås.

De medicinska expertbedömningarna ska vara evidensbaserade och vila på strikta kriterier om genomförande och brukliga etiologiska förklaringar. Johannisson (1997, s. 184) menar att om regelverket inte uppnås kategoriseras metoderna som alternativmedicinska, det vill säga de praktiker och medicinska teorier vi finner utanför det vetenskapligt sanktionerade medicinska fältet. Nödvändigtvis betyder det inte att de är kvacksalvare, de är snarare experter men med en annan terminologi och grammatik för hur de framställer sina resultat än de på det accepterade medicinska fältet.

I och med att det medicinska tolkningsföreträdet professionaliserats kommer ”den sjuke” i kontakt med ett kanske för honom eller henne

nytt territorium där dessa sju uppgifter är ledmotiv för praktiken. Den sjuke blir en patient genom att anpassa sig till en praktik som styrs av en annan logik och andra myter och normer än vad det privata gör. Intima detaljer om socialt och privat liv blottläggs bakom mottagningens draperade fönster och stängda dörrar. Läkarens yrkesetiska regler ålägger henne eller honom att hemlighålla det patienten blottar. Mötet mellan läkare och patient blir en kroppslig bikt där patienten talar och visar upp – läkaren lyssnar, bedömer och identifierar.

Läkarrollen vilar här på två ben. Det vilar dels på det naturvetenskapliga, bedömande, förklarande och objektiviserande benet och dels på det humanvetenskapliga, tolkande, förstående och subjektiviserande benet. Läkaren ska inte bara identifiera sjukdomens art utan också empatiskt förstå hur patienten mår. Samtidigt som läkaren så objektivt som möjligt ska förklara och bedöma en eventuell patologisk konstitution så ska ett livsöde tas i beaktande. Allt sammanvävs i en och samma diagnos och när mötet är över tar patienten med sig läkarens bedömning till sin vardag. Läkaren arkiverar och fortsätter med nästa patient.

Ett psykiatriskt ingrepp skiljer sig förstås från andra medicinska ingrepp eftersom psykiatrikern tolkar symptom som inte nödvändigtvis kan observeras rent visuellt. Den psykiatriska läkarrollen innefattar ingrepp som diagnostik, behandling, rehabilitering, omvårdnad samt prevention. Den svenska psykiatrikern Johan Cullberg (1986, s. 21) menar att dessa ingrepp kräver en atmosfär som ”måste vara präglad av respekt för den hjälpsökandes integritet”. En annan svensk psykiatriker, Jan-Otto Ottosson (2004, s. 12), skriver att det måste ske med ”respekt för patientens individualitet, värdighet och okränkbarhet samt rätt till information, självbestämmande och sekretess”.

Om patienten har symptom, förväntas det av läkaren att namnge, förklara, bemöta och bota dessa, vilket inte alltid betyder att läkare och patient är överens. De båda parterna behöver inte begripa situationen på samma sätt och de behöver inte samtycka om tillvägagångssättet (Hunter, 1991; Johannisson, 1997, s. 184 & 186). Patientens vardagliga och läkarens medicinska fält blandas ihop och olika kulturer vävs samman. I denna korsning av föreställningsvärldar uppmärksammade sociologen Erving Goffman (1990) ungefär samtidigt med Parsons att termen sjuk ibland används istället för ”syndig”. ”Den sjuke” blev på så vis en negativt laddad rollkaraktär – en sekulär

syndare med ett stigma underställd läkarens och andra experters sofistikerade bedömning.

Trots att sjuka inte förväntades att leva upp till forna sociala roller blev de stigmatiserade för att de inte kunde bidra till samhällets välfärd. I linje med detta för den franska idéhistorikern Michel Foucault (1977, 1988a) ett resonemang om att den moderna psykiatrins uppkomst och praktik till stor del legitimerades av en disciplinering av de människor som inte kunde delta i en samhällelig gemenskap. Genom ett medicinskt mandat fick läkaren tolkningsföreträde då oförklarliga beteenden gjorde att någon inte kunde delta i det moderna samhällets maskineri. Ändå är det utifrån ett medicinskt perspektiv disciplineringen sker genom och inte ett samhälleligt. Vägen från symptom till en namngiven psykiatrisk diagnos är brokig, men vägen vidare från en diagnos och vidare därifrån kan bli ännu brokigare.

Slutsatser

I denna första del har jag visat hur läkaren och patienten teoretiskt är två självklara delar av en gemensam fältspecifik praktik, men de har olika utmärkande rolluppgifter. Hypotetiskt kan läkarens roll uppfattas som strukturerad utifrån sju uppgifter, medan patientens roll är strukturerad utifrån sjukrollens fyra karakteristika om återställning och återhämtning. Den gemensamma praktiken ska vara patientstyrd, men läkaren är den självklara auktoriteten att beskriva och bevittna det patienten visar upp. I den traditionella medicinska sociologin möts de båda rollkaraktärerna i en samstämmighet om att läkaren hjälper patienten att återanpassas, vilket innebär att det sjuka ska helas, det nedsatta övervinnas och det hindrande överkommas. Men denna återanpassning till samhället innebär samtidigt en anpassning till strukturen inom psykiatrin.

Trots att interaktionen på det medicinska fältet är patientdriven, utifrån patientens vilja att minska sitt lidande, ligger det en maktrelation latent i de medicinska och psykiatriska konsensusbesluten eftersom läkarrollen innefattar ett mandat att klassificera. Även om det analytiskt går att urskilja det medicinska fältet och teoretisera de olika rollerna, är det empiriskt svårare att särskilja dem. Orsaken är att besluten blandas ihop med andra mer socialt beskaffade fält. Utifrån ett medicinskt perspektiv lindrar läkaren lidande, medan utifrån ett sociologiskt perspektiv upprätthåller den sammes

handlingar ett socialt ekvilibrium. Att någon har en psykisk sjukdom betyder en sak på det medicinska fältet, men en helt annan på det svårdefinierade vardagliga där en helt annan praktik och helt andra institutioner krävs för att integrera individen och normalisera omgivningen.

3. Den psykiatriska nosologins sociala historia

I detta kapitel kommer jag att göra en historisk genomgång av hur det psykiatriska fältet har etablerats som en vetenskaplig kunskapsinriktning genom kulturella, samhälleliga och historiska förändringar. Ett individuellt patient- och praktikerperspektiv kommer endast att diskuteras parentetiskt och illustrativt. Syftet är att genom olika exempel visa på den komplexitet som inbegrips då en modern psykiatri förändrats till det jag kallar en ny psykiatri. Delarna om posttraumatisk stress (PTSD) visar hur patientperspektivet kan organiseras och därmed påverka de processer inbegripna i ett förlopp som leder till etablering av en ny diagnos. Jag gör en genomgång av den sekvens av händelser som bidrog till att PTSD blev en ny diagnos på det psykiatriska fältet och vilka aktörer som påverkade förloppet. Historiebeskrivningen kommer att ligga i linje med de resonemang Nikolas Rose (1986, 1996b, 2007) för och är en variation, eller snarare uppdatering, av de teman Foucault före honom introducerade.[8] Angreppssättet för att förstå PTSD kommer att vara influerat av Mills (1967, s. 8) sätt att skilja på personliga bekymmer och allmänna problem, men också av Herbert Blumers (1971) tankar om hur sociala problem uppstår.

Foucault skrev sina, i detta sammanhang centrala texter då psykiatrin fortfarande var en exkluderande anstalt. Det är således svårt att applicera hans analys direkt på dagens avinstitutionaliserade organisation. I sin studie om galenskap slutar han sin historiska exposé då disciplineringssamhällena nådde sin höjdpunkt. Det var då de båda läkarna Sigmund Freud och Emil Kraepelin stred om, övertog och var för sig förändrade den moderna psykiatrins beskaffenheter, som Philippe Pinel initialt var med om att strukturera (Foucault, 1988a, s. 278).

[8] Främst är det de tankegångar om disciplinering och kontroll ett medicinskt mandat inbegriper (Foucault, 1977, 1988a, 1988c, 1989; Foucault, et al., 1988).

Psykisk sjukdom har, precis som alla andra sjukdomar, en egen historia. Slutet är inte skrivet, men historien har sin början i vad som har kallats för galenskap, dårskap, sinnesjukdom, tokeri etc. Under medeltiden och fram till tiden runt franska revolutionen fanns dessa ”galningar” och ”tokar” runt om i de olika lokalsamhällenas gemenskap och det var oftast inom familjen som psykisk sjukdom fick sitt uttryck och sina tolkningar (Riving, 2008, s. 121). Det fanns vare sig någon samhällelig organisation eller några gemensamma föreställningar om detta fenomen. Kring slutet av 1700-talet började psykiskt sjuka finnas på de ställen där medicinsk personal också befann sig. Dock var det inte förrän omkring 1850 som denna medicinska personal definitivt tog över vården av den så kallade dåren. Till stor del grundade sig detta i samhällets vilja att skydda ”dåren” från yttre tryck men också för att avlasta familjemedlemmarna då de kände att de inte kunde möta de extra krav som krävdes för att värna om sin familjemedlem och samtidigt tjäna sitt uppehälle. Vid denna tidpunkt var anstalterna ett substitut till familjens vårdinsatser (Östman, 2000, s. 2). I skuggan av anstalterna fortsatte viss vård att bedrivas inom familjen och på andra platser, men de bedrevs snarare som experiment och supplement till de stora inrättningarna. Men, centralt för min avhandling är att det var i detta skede som psyket hamnade på samma plats där andra sjukdomar fanns och infogades också i samma kunskapsmässiga tradition.

Substitutet kom sedermera att institutionaliseras och den tillfälliga ersättningen utvecklades till att bli en formaliserad kutym. En formaliserad organisation under en central styrning växte fram med egna regler, auktoriteter, samordningsstrategier och sanktionsmöjligheter kopplade till sinnessjukdom (Eriksson, 1989, s. 222). Från och med nu var det inte längre något mystiskt eller galet, utan enbart en sjukdom med en given omgärdande praktik (Goffman, 1991, s. 17; Johannisson, 1997, s. 143). Det var ändå inte en sjukdom som andra; den krävde andra metoder och andra diagnoskategorier. Ofta innefattade diagnostiseringen en spekulation om det aktuella fallet, som egentligen var en subjektiv tolkning av det läkaren hade framför sig.

Går vi tillbaka till Foucaults historieskrivning visar den att sedan upplysningstiden har galenskapen ständigt funnits närvarande i det moderna västerländska samhället och att det alltid existerat en hårfin gräns mellan det galna och det sunda. Den upplysta människan fick genom sin nya kunskap om galenskap också möjligheten att i kontrast till galningar och dårar se sig själv som förnuftig och normal. Foucault

menar att galenskapen finns i upplysningens själva grundfundament, vilket egentligen var en strävan att fastställa gränsen mellan vad som är vansinne och vad som är förstånd. Att läsa biografin om den moderna människan med början i renässansens 1500-tal via upplysningens 1700-tal är att ta del av en berättelse om hur galningens djuriska natur disciplineras. En psykisk sjukdom har alltså inte bara en historia utan också en kulturellt betecknad identitet, likväl som en biologisk beskrivning och social strukturering (Foucault, 1988a, s. 15; Johannisson, 1997, s. 139).

Även om Foucaults skildring av fångenskapens och inspärrningsmiljöernas epok inte stämmer överens med den moderniseringsprocess Europas agrara samhällen genomgick, är den dock central för att förstå hur hanteringen av psykisk sjukdom underlättade att en samtidig hantering av missanpassade individer spreds till andra delar av världen som följt andra moderniseringslinjer (Porter, 2004, s. 20). Foucaults kritik i *Madness and Civilization* handlar om att ifrågasätta bilden av den moderna psykiatriska vetenskapen som en linjär framgångshistoria. Då ett modernt västerländskt, rationellt och sekulariserat samhälle växte fram och satte individens självförverkligande i fokus identifierade han, kunskapsförändringen och samhällsreformerna till trots, att psykiatrins disciplinerande konsekvenser bestod. Det moderna psykodynamiska synsättet och dess teorier gjorde det möjligt att bevara de stora anstalternas tankar om korrektion och återställning av ordning. Disciplineringen var genom psykoanalysen omlokaliserad till att vara individualiserad och internaliserad i föreställningar om överjaget, jaget och det undermedvetna. Nu är inte detta detsamma som att påstå att vården ska gå tillbaka till den form som rådde innan ”galningen” kunde urskiljas som psykisk sjuk. Foucaults analys visar att två högst olika processer kan vara inbegripna i en och samma utveckling av en till synes opolitisk och neutral institution. Under en förevisning av vård och bättring möjliggjorde psykiatrin dels en disciplinering och dels en social kontroll av det avvikande.

Före upplysningens vetenskapliga framsteg ansågs omhändertagandet av sinnessjuka länge vara en samaritverksamhet förknippat med välgörenhet. I Sverige fanns sinnessjuka på samma anstalter som fattiga, invalider, åldringar och föräldralösa barn, ofta placerade ute på landsbygden på platser avsedda för barmhärtighetsarbete (Eriksson, 1989, s. 176). För de spetälska fanns hospital, eller leprosorium, och för tuberkolossjuka fanns sanatorium upprättade i städernas utkanter för att minska smittorisk och sjukdomsspridning. På dessa anstalter

isolerades sjukdomen från resten av lokalsamhället. För kroppssjukvård uppfördes lasarett där en medicinsk blick tillsammans med en helande beröring professionaliserades. På dessa platser blev relationen mellan betraktad patient och bevittnande läkare patientstyrd, menar Johannisson (2004, s. 76). Då sjukdomarna som från början var anledningen till anstalternas uppbyggnad försvann från Västeuropa, under mitten av 1800-talet, tömdes de på sina ursprungliga invånare. Istället kom de att inrymma de svårbehandlade ”dårarna” och sedermera utvecklas till ”dårhus”.

Nu fanns ”dårarna” inte längre ihop med andra av samhällets utstötta. Som en konsekvens av politiska reformer, utrotandet av lepra och ny medicinsk kunskap hade det skett en geografisk uppdelning mellan ”dårar”, kroppsligt sjuka, andra fördrivna och friska. Nu markerades också en annan inställning till vården av ”dårarna” och det var möjligt att differentiera galenskap från annat avvikande beteende. Ett tidigt exempel är den redan nämnde franska läkaren Philippe Pinel från Paris som under franska revolutionen blev känd för ha låst upp dårarnas bojor (Riving, 2008, s. 65). Utvecklingen av mer rationella gränsdragningar innebar även att nya gemenskaper grundades.

Pinel intresserade sig för upplysningens ideal, såväl medicinskt som socialfilosofiskt, och för att ge psykiatrin en sammanhängande klassificering och beskrivning för att skapa en psykiatrisk nosologi (Ghaemi, 2003, s. 148). Psykisk sjukdom betraktades främst som en känslomässig obalans, uppkommen i livsföringen och inte som en förutbestämdhet eller förbannelse. Han menade att det var genom psykologisk hjälp och inte genom kedjor eller sövande medicin som den intagna ”galningen” kunde bli bättre. Pinel var reformvän såväl politiskt som när det kom till terapeutiska metoder (Shorter, 1997, s. 11). Genom en mer empatisk terapi och genom en förståelse av individens totala livsförhållande kunde ”galningen” bli bättre och återgå till sin tidigare sociala position.

Omvandlingen av den organisatoriska formen för vården var ingen isolerad händelse, utan markerade även nya riktlinjer för vad som ansågs som humanitärt och god sed. Ett led i franska revolutionen var att göra individen till en av samhällets självklaraste enheter, men det var den deltagande, aktiva och självbestämmande individen. Förändringen som sådan är därför intimt förknippad med idén om ett modernt samhälle baserat på ekonomisk rationalitet genom politiska och administrativa interventioner. Den forna nedärvda klyftan mellan fattig och rik ersattes med en intagen social position vilket också

innebar att denna var påverkbar (Touraine, 2003, ss. 45-46). Den upplysta människan skulle med hjälp av marknadsekonomiska institutioner, industriell löpandebandsproduktion och politiska reformer skapa ett samhälle grundat i ekonomisk välfärd. Men inte på samma sätt som merkantilismens starka nationer byggdes genom nollsummespel och kolonialism för att befästa gamla strukturer. Individen blev sin egen struktur och fick nya möjligheter att påverka den och därmed också sig själv och samhället. Människan skulle planera och hantera sitt liv och det som försiggick i en lokal närmiljö.

1800-talets industrialisering förutsatte att fler och fler medborgare deltog i fabrikssystemets produktion och hjälpte till att utveckla samhället, vars infrastruktur samt institutioner också skulle främja denna i första hand ekonomiska utveckling. Män såväl som kvinnor och barn hade en plats i detta system; lösdrivare, fattiga och andra grupper som ”dårarna” förr förknippats med kunde också ta plats och bidra. De psykiskt sjuka stod ensamma kvar utanför det moderna samhällets framskridande. Nu var de visserligen inte märkta av stigmat från det okända, utan för att de korsade bourgeoisiens implicita moraliska gräns för vad som krävs av en god samhällsmedborgare (Foucault, 1988a, ss. 57-58). Moderniseringen av samhället, genom industrialismens organisation, och dess betoning på ekonomisk tillväxt genom produktionsökning, skapade stora krav på självkontroll och friktionsfria institutioner. En arbetare skulle följa uret, klockringningar, tidsscheman och stämpelklockor, vilket innebar att personer med en psykiatrisk problematik i många fall exkluderades då de inte uppfyllde de hårdare kraven på självdisciplinering (Rose, 1999, s. 31ff).

Även om personer med en psykisk sjukdom under denna tid fortfarande ”behandlades” med tortyrliknande metoder isolerade från resten av samhället var Pinels mer tidsenliga terapimetoder ett steg i riktningen att individualisera galenskapen. Galenskap kunde visserligen fortfarande förklaras som ett medfött öde, en bestraffning av en gudom eller som att ett yttre väsen tagit personen i besittning. Men, på det medicinska fältet skulle dess grund istället betraktas som en rubbad inre balans konstituerad som en sjukdom, inget var besatt eller bestraffat, det oförklarliga beteendet var utvecklat över tid. I Sverige kunde läkare redan 1826, i och med att det stora centralhospitalet i Vadstena byggdes, ansvara för psykiskt sjuka (Ottosson, 2003, s. 21). Men det som skiljde dessa första psykiatriker från läkare inom andra områden hade egentligen inget med

kompetens eller skolning att göra, utan endast med att de råkade arbeta just där (Ghaemi, 2003, s. 148).

Att psykiska sjukdomar var tillgängliga för behandling var en övertygelse som vuxit fram genom upplysningens ideal. Men det var inte förrän 1850 den första ”dåren” officiellt registrerades som sjuk (Ottosson, 2003, s. 21). Då fastställdes det att sjukdomen inte längre enbart var något kroppsligt. Överallt där ett psykiskt lidande identifierats, oavsett ursprung, fanns det nu möjligheter att intervenera medicinskt. Den kristna dualismen och Cartesianska uppdelningen mellan kropp och själ överbryggades med hjälp av vetenskapen om sjukdomars natur. Melankoli och hypokondri var nu placerat i samma kropp som tyfus. På samma sätt kunde tyfus reflekteras i samma själ som melankoli och hypokondri (Johannisson, 1997, ss. 187-188). Det kaos som förr rådde, då psykiskt sjuka, dagdrivare, fattiga och andra stigmatiserade tillsammans förpassats till ett och samma ställe, var på väg att med hjälp av särskiljande medicinska gränsdragningar att ordnas upp och specialiseras. En ny patientgrupp och en ny professionell inriktning var etablerad.

Från en modern till en ny psykiatri

Istället för att vara besatta eller straffade av guds vrede hade 1800-talets moderna medicin, renässansens vetgirighet och upplysningens nyfikenhet gjort ”galningarna” sjuka, mycket på grund av att de varken passade in i eller kunde delta i formandet av en modern framtidsvision. Rose (2007) menar att genom upplysningens och den industriella revolutionens efterföljande spridning av vetenskapliga rön och rationalitet fick vi reda på att våra nerver kunde vara sjuka. De som inte kunde inrätta sig efter det moderna samhällets teknologier blev hysteriska och arbetsoförmögna, vilket skapade en inordning under en disciplinerande behandling. Den kontroll galningarna själva misslyckades med tillhandahölls av en anstalts administration. Dock uppfattades de inte längre som irrationella eller besatta, utan sågs som sjuka, och de kunde därmed också genom yttre behandling bli friska.

Det var vid denna tid, vid slutet av 1800-talet och fram till 1930-talet, som den tyska psykiatrikern Emil Kraepelins medicinskt betonade nosologi rörande psykiska sjukdomar rönte stor uppmärksamhet (Ghaemi, 2003, ss. 148-150). Kraepelin menade att ”galningarna” hade behov likställda det de med en somatisk sjukdom hade och de kunde därmed också ingå i läkarkårens administration.

Än idag är arvet av Kraepelins systematisering inom den psykiatriska praktiken tydlig.[9]

Johannisson (2006, s. 30) skriver att den moderna medicinen placerade sjukdomar på en politisk skådeplats, där kroppen sedan länge funnits. Men eftersom det var staten som administrerade och finansierade inrättningarna där ”galningarna” bodde var kroppen inte bara inkluderad i politiska intressen, utan också i ekonomiska och sociala. Från början inskränktes centralmaktens intressen till den ekonomiska sidan, men kom senare att även engagera sig i omvårdnadsformerna och intervenerade i planeringen av hospitalens verksamhetsinriktning, skriver Eriksson (1989, s. 165). Mills (1967) menar att det är i detta sammanhang som många allmänna sociala problem liksom många personliga bekymmer kom att bli beskrivna i psykiatriska och medicinska termer. Men han menar vidare att de stora frågorna och problemen som är förknippade med det moderna samhällets struktur i linje med detta doldes.

Trots att kunskapen blivit större på området och mystiken skingrats kunde läkarna ännu inte bota de ”nya” sjukdomarna med vanliga medel. Den kommande tiden innebar ett experimenterande dels för att kunna åskådliggöra vad som egentligen var sjukdomens natur, dels också för att förändra sjukdomstillståndet till det bättre. Även om det fanns olika föreställningar om sjukdomens egentliga beskaffenhet så var metoderna ofta likartade. Dessa sena 1800- och tidiga 1900-tals experiment kunde sammanfattas med att antingen handla om psykologiska angreppssätt eller om kroppsliga interventioner. Ofta kompletterade de varandra, men för det mesta var det oförklarligt om något fungerade nöjsamt (Foucault, 1988a, ss. 158-160 & 178). En pragmatisk kunskapsbas om lyckosamma, om än tillfälligt framgångsrika metoder, växte nu fram.

Historikern Edward Shorter (1997, ss. 190-191) skriver att då experimenten inte fungerade fanns det två alternativ, å ena sidan härbärgerade anstalterna psykiskt sjuka i hopp om att tillståndet spontant skulle förbättras då experimenten inte fungerade. Å andra sidan fanns, den då nya, psykoanalysen som passade de välbeställda med lindrig problematik och med en egen strävan efter självinsikt att tillgå. Situationen inom psykiatrin var nu ohållbar, anstalterna fylldes och patienterna blev kvar. De läkare som lockades av anstalterna var de mest idogt arbetande och envisa, men de stod för det mesta hjälplösa

[9] Kraepelins systematisering utgick från dementia-praecox och manisk-deppresivitet. Dementia-praecox kom senare att ligga till grund för diagnosen schizofreni.

inför den nya sjukdomens art och kunde inte göra mer än att för tillfället göra tillvaron bättre för patienten och underrätta patientens familj om situationen.

Det gjordes dock förbättringar. I och med ett ökat ekonomiskt välstånd förnyades och moderniserades faciliteterna på anstalterna. Framförallt gjordes det framsteg inom sjukdomsförklaringarna och två tydliga skolor blev dominerande. Dels fanns det de som hävdade att sjukdomarna var inre medfödda hjärnsjukdomar, och dels de som hävdade att sjukdomen var grundad i yttre psykiska påfrestningar från den omgivande miljön. Den förra skolan gick stick i stäv med upplysningens ideal om att människor kunde utvecklas moraliskt och intellektuellt över tid. ”Hjärnsjukdomar” innebar föga förhoppningar om förändring – framtiden var för en person med en psykiatrisk problematik förutbestämd utan möjlighet att påverka (Ghaemi, 2003; Ottosson, 2003).

Under den första hälften av 1900-talet, när Emil Kraepelins systematisering av psykoser fortfarande var tongivande, anklagades den från psykoanalytiskt håll för att vara låst. Systematiseringen utgick från att sjukdomen var ett fast kroniskt förlopp som var svårt att förändra. Det är inte på sin plats här att redogöra för Sigmund Freud och psykoanalysens teorier men det blev den första rörelse som inledde en dialog med ”galenskapen”. De menade att galenskapens natur låg i individens utveckling till att bli en civiliserad person. Sjukdom var inget kroniskt eller rent deskriptivt symptombaserat, utan ett resultat av underliggande psykologiska processer och orsaker samt dess sociala konsekvenser (Horwitz, 2002, ss. 36-37). Sjukdomen bestämdes på ett kontinuum, alla är vi psykiskt sjuka till en viss del – men det finns de som är det mer. Samtidigt innebär det att även om en person drabbas av en psykos eller neuros finns det bakom symptomen också ett liv fritt från sjukdomens inflytande. Den psykoanalytiska och dynamiska inriktningen förutsatte ett välutvecklat teoretiskt ramverk om utvecklingsprocesser, medan Kraepelins systematisering istället ansågs vara av deskriptiv art. Gemensamt för de båda var att de såg sjukdomen som intern, något som kunde härledas till människans inre konstitution som avgränsad individ.

Vid sidan av dessa två dominerande skolors kontroverser fortsatte experimenten på anstalternas patienter. Särskilt värt att nämnas är det uppmärksammade experimentet som 1927 ledde fram till ett Nobelpris (Shorter, 1997, ss. 192-195). Det var den Österrikiska psykiatriprofessorn Wagner-Jauregg som var intresserad av, och

utförde försök på, psykospatienter vars symptom orsakats av syfilis, det som kallas neurosyfilis. Efter att det påvisats att det var just denna sorts psykos patienten led av resulterade sjukdomsförloppet med största sannolikhet i att patienten inom några månader dog i demens. Försöken som gjorde Wagner-Jauregg känd var att han injicerade tuberkulin i patienter med neurosyfilis. Febern i sig ansågs lindra psykosen, vilket den också gjorde. Dock var han 1909 tvungen att avsluta dessa experiment då tuberkulin ansågs vara giftigt eftersom tuberkulosfeber inte gick att kontrollera.

I juni 1917 hade Wagner-Jauregg en patient hemkommen från den Makedonska fronten under observation på grund av soldatens krigsneuros, patienten led också av malaria. Istället för att låta den anställda personalen lindra febern som både är brukligt och möjligt, tog Wagner-Jauregg blod från patienten och anhöll om tillåtelse att injicera detta i en patient med neurosyfilis. Experimentet fick ett godkännande eftersom malaria, till skillnad från tuberkulos, kan kontrolleras med hjälp av kinin. Några månader tidigare hade en skådespelare som uppvisat symptom på neurosyfilis remitterats till inrättningen. Skådespelaren smittades med soldatens blod och utvecklade malaria, efter nio feberattacker behandlades han med kinin vilket höll de psykotiska symptomen i inom rimliga gränser. Detta var en parentes, om än viktig sådan, i psykiatrins historia. Men Wagner-Jauregg hade på ett övertygande sätt bevisat att psykossymptom kan lindras och beteende kontrolleras med intravenös behandling. Dock var inte patienten helt färdigbehandlad, feberbehandlingen innebar enbart att patienten kunde återanpassas till sina forna sysslor.

Vad som inte är en parentes inom psykiatrins historia är däremot psykoanalysen som från och med 1930-talet dominerade, främst i Nordamerika. På grund av att dess innehåll var grundat på olika teoretiska tankegångar kom det flera alternativ till det Freudianska synsättet.[10] Vården av psykisk sjukdom hade vid denna tidpunkt blivit

[10] Även inom sociologi fick Freuds teorier fotfäste. Främst uppmärksammade, t.ex. Parsons, hans begrepp om överjaget i förhållande till samhällets normer. Även Foucault erkände vissa av Freuds tankar, speciellt om galenskapen och dess språk (Foucault, 1988a, s. 198). Men Freuds teser bemöttes även med stor skepsis, vi kan läsa i Hendersons (1935) text: ”Among the available aids are the results of psychoanalysis. Many of them are well established; but if you wish to preserve a scientific point of view, you must beware of psychoanalytical theories. Use these theories, if you must use them, with scepticism, but do not believe them, for they are themselves in no small measure rationalizations built up by an eager group of enthusiastic students who are unquestionably seeking new knowledge, but whose

långt mycket bättre än vad den var hundra år tidigare, då det första fallet av psykisk sjukdom registrerades och den moderna psykiatrin startade. Vissa experiment, som feberbehandlingen, visade att patienter kunde återanpassas och leva i den samhälleliga gemenskap de innan de insjuknade levt inom. Problemet var att det periodvis fanns lika många teorier och behandlingar som det fanns praktiserande psykiatriker. Det fanns ingen paradigmatisk konsensus på fältet och anhängare av olika riktningar hade svårt att kommunicera med varandra även om de hade samma objekt i fokus.

En konstruerad standard

I efterdyningarna av den vetenskapliga konflikten mellan de grupperingar som antingen trodde på psykoanalytiska förklaringar eller biologiska beskrivningar i början av 1900-talet, växte ändå en homogen kunskapsbas fram. Problemen var att olika perspektiv existerade på samma fält snarare än konflikten i sig. Då en psykiatriker använde sig av schizofrenibegreppet, kanske en annan tolkade samma symtomatologi som demens. De talade och forskade om samma objekt – psykisk sjukdom – men det fanns svårigheter att uppnå direkt-kommunikation och utbyta resultat.

Det Amerikanska psykiatriförbundet (APA) började efter andra världskriget att framarbeta gemensamma kategoriseringar för de sjukdomar man, konflikterna till trots, lyckades identifiera. Detta var början på den manual som till slut blev Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). År 1952 publicerades den första versionen av manualen, DSM I. I takt med att ny medicinsk kunskap producerades omarbetades denna till DSM II som gavs ut 1968. Den tredje versionen, DSM III publicerades 1980 och användes fram till 1987 då vissa ändringar gjordes. Ändringarna var inte tillräckliga för att skapa en helt ny manual utan den kom att få beteckningen DSM III-R, DSM III revised. Arbetet med DSM IV var klart 1994 och den omarbetade textreviderade versionen, DSM IV-TR, som idag används, publicerades 2000 (Kutchins, et al., 1999, ss. 24-28). Förändringen av de olika manualerna följer den moderna psykiatrins förnyelse och står i relation till en parallell historisk utveckling.

Den första upplagan av DSM var inte bara en början till att skapa en kanon kring psykiska sjukdomar, utan markerade också ett nytt

---

attitude is strangely modified by a quasi-religious enthusiasm, and by a devotion to the corresponding quasi-theological dogmas" (s. 210).

sätt att se på individen inom den moderna psykiatrin. Avvikande individuellt beteende kunde förklaras med medicinska begrepp och klassificeras med generella diagnostiska kategorier. Konkret är DSM en lista som fastställer de beteenden och symptom vilka ska beskrivas i sjukdomstermer. Listan är benämningar på vad forskande psykiatriker har kommit överens om att de kan enas kring för att möjliggöra forskningsöversikter och andra jämförelser. Men manualerna är förstås präglade av den tid de uppstått i; ett psykoanalytiskt fundament präglar den första och andra versionen, medan ett teorineutralt deskriptivt perspektiv dominerar den tredje och fjärde versionen. Syftet APA har med DSM är att den ska ses som en kanoniserande riktlinje för hur mittfåran av forskande psykiatriker ska klassificera olika psykiska sjukdomar. Något som alla åtminstone på ytan ska kunna enas kring. Intressant och värt att uppmärksamma är att samma år som den första utgåvan av DSM publicerades hade kliniska forskare upptäckt att substansen phenothiazin hade antipsykotiska effekter, vilket innebär att psykofarmaka inte nödvändigtvis behöver vara lugnande eller bedövande (Rose, 2003, s. 47).[11] Det blev möjligt att medikamentellt behandla patienter med svåra psykossjukdomar som därmed kunde lämna den slutna vården och fortsätta behandlingen i öppenvård. Med hjälp av medicinska preparat blev det möjligt att inifrån kontrollera en människas liv för att integrera den samme i en samhällelig miljö. Eller, uttryckt annorlunda, genom en behandling inifrån och ut kan samhälleliga funktioner och sociala relationer bibehållas.

Tillbaka till symptomen

Manualen blev från början en framgång, men innehållet var inte för all framtid fixerat. I den andra versionen publicerades det en rad förändringar; den största skillnaden var att de psykoanalytiska influenserna började marginaliseras genom att ”reaction” till stor del ströks ur kategoribeskrivningarna. Det kausala flödet i klassificeringarna var borttagna, i övrigt var de två första i stort sett likadana (APA, 2000, s. xxv).[12]

[11] Under femtiotalet började också läkemedelföretagen intressera sig för att utveckla psykofarmaka. I fortsättningen kom alltså ekonomiskt kapital in på den medicinska arenan i och med att varumärkta preparat dämpade vissa psykiska funktioner. Eller symptom som det idag kallas.

[12] DSM hade också blivit kompatibel med världshälsoorganisationens systematisering ICD 8.

Sjukdomsbeskrivningarna i de två första versionerna är uppställda utifrån samma psykodynamiska perspektiv, men långt ifrån alla var nöjda med de uppställda kategoriseringar APA kommit överens om. Under 1960-talet växte det också fram en kritisk tradition inom psykiatrin som hävdade att utfallet av de olika behandlingsmetoderna inte alltid var till patientens fördel. Vissa menade att sjukdomen endast var en sund reaktion på en osund värld. Diagnosen var en funktion av psykiatrikerns tolkningsvärld vilket inte hade något med patientens livsvärld att göra, menade den skotska psykiatrikern Ronald Laing (1965, s. 28). På ett snarlikt sätt hävdade psykiatrikern Thomas Szasz (1960) i en text publicerad i *American Psychologist* att en psykisk sjukdom i själva verket inte bryter mot funktioner inom den mänskliga kroppen, utan snarare mot psykosociala, moraliska eller juridiska normer. Dock söker psykiatrin medicinska utvägar till att återanpassa individen till de överträdda normerna (Szasz, 1960, s. 114). Det egentliga problemet glöms bort och döljs.

Publiceringen av DSM III år 1980 innebar ett helt nytt kunskapsfundament för psykiatrin. Då psykoanalytiska förklaringsmodeller förutsatte teoretiska tolkningar visade det sig att dessa var bristande och bekymmersamma för en deskriptiv kategorisering av de symptom som var aktuella för behandling. Istället präglades DSM III av den nya Kraepelinska generationen som hävdade att: 1) Psykiatrin är en del av den medicinska praktiken och använder sig av samma kliniska vetenskapliga metoder; 2) det finns en distinkt gräns mellan det normala och det patologiska; 3) det går att skilja psykiska sjukdomar åt; 4) psykiatrins uppgift är de biologiska aspekterna av sjukdomen och 5) diagnostisering samt klassificering är det centrala och inte förklaring av bakomliggande processer. Psykiatrins gränsdragningar förstås som dikotomt och inte längre på ett kontinuum (Brante, 2006, ss. 73-74; Roelcke, 1997, s. 383).

Kliniker och forskare skulle använda sig av en fenomenologisk grund. De skulle endast skildra observerbara symptom, och inte teoretiskt spekulera i eventuella etiologiska orsaker.[13] Manualens beskrivningar blev till stor del även pragmatiska och idealtypiska skildringar av symptom (Ghaemi, 2003). Empiriskt finns inte symptomen i den form de står beskrivna, utan psykiatrikern tolkar och jämför symptomen mot de uppställda kriterierna. För att en diagnos ska fastställas måste vissa grundläggande uppställda kriterier uppfyllas, en diagnos existerar aldrig i den rena form den finns beskriven i.

[13] Vad som är ett observerbart symptom är dock långt ifrån en enkel fråga.

Uppnås dessa har diagnosen en klinisk signifikans som nödvändigtvis inte behöver delas med patientens upplevelse.[14]

Att publicera en manual för att detaljstyra en medicinsk praktik var en revolution. Vissa menade att manualen endast var reifikationer av psykiatriska teorier och mätinstrument, eller ett försök att bekräfta den rådande psykiatriska praktiken. (Mirowsky, et al., 1989). Andra menade att manualerna kom att bli västerländska och moderna, men ändock, kulturella beteckningar på normbrytande beteenden det inte fanns några färdiga begrepp för. Det var inte specificerat i manualen vilka medicinska gränser en psykisk sjukdom överträdde och psykisk sjukdom blev därmed en så kallad residualkategori. Vad som i själva verket var tydligt när galenskap visade sig, var att olika kulturella och sociala normer överträtts av patienten, inte vilka biologiska processer som satts ur spel (Scheff, 1999, s. 58). På så vis kan vi se att ett normbrytande beteende hamnade inför en medicinsk expertis.

Att ersätta realiteter

De förändringar som görs i manualens olika versioner kan påverka allt som har med diagnosen att göra. Dels kan nya sjukdomar inkluderas genom att fenomen som förr inte ansågs som sjukliga initieras, som exempel har nedstämdhet förändrats till depression med en klinisk signifikans (Horwitz, et al., 2007). Dels kan det också innebära att vissa sjukdomar inte längre betraktas som sjukliga och faller ur manualen som en egen kategori, eller så förändras dess kriterier så att diagnosen inte längre refererar till samma symptom. Dylika förändringsprocesser har inte uteslutande med symptomatologi att göra, utan är även sammanblandad med socialpolitik, kulturell symbolik och annan historiskt bunden samhällsutveckling.

I och med att sjukdomsbeskrivningen är sammanblandad med icke medicinska, sociala och kulturella faktorer, kan ett social-konstruktivistiskt perspektiv läggas på beskrivningen av sjukdomen.[15]

---

[14] Värt att notera här är att symptomen ska vara förknippat med en personlig bedrövelse (distress) eller ett handikapp i den bemärkelsen att vissa viktiga funktioner satts ur spel (APA, 2000, s. xxi). Enligt GAF-skalan, global assessment of functioning, så gör psykiatrikern även en subjektiv bedömning av patientens sociala och psykologiska beskaffenhet. Psykiatrikern gör en skattning av en patients totala psykosociala funktionsnivå på ett hypotetiskt kontinuum mellan 0 och 100.

[15] För en genomgång hur diagnosen utbrändhet gjorde olika karriärer under en tid i Sverige se socialantropologen Torbjörn Fribergs (2006) avhandling *Diagnosing Burn-Out*.

För att en psykisk sjukdom överhuvudtaget ska vara möjlig, krävs det att ett beteende först anses vara problematiskt och att det därefter anses vara patologiskt, vilket innebär att det kan förstås som en individuellt konstituerad sjukdomsbild. Här finns det inom sociologin en tradition som sträcker sig tillbaka till Durkheims sociologiska metodregler där avvikande beteende betraktas som om de vore överträdelser av olika socialt identifierade normer. Brottslighet och psykisk sjukdom skulle då vara avvikelser, vilka inte direkt har någon giltighet utanför de kulturella, gemensamma regler och gränsdragningar som definierar dem. Vad som anses vara ett kriminellt beteende beror på de juridiska system beteendet konfronterar och det psykiskt sjuka skulle då kunna betraktas i relation till sociala normer och strukturer. Det avvikande är inte intressant förrän det sätts i samband med den norm det skiljer sig från (Horwitz, 2002, s. 7).

Chicagosociologen Herbert Blumer (1971, s. 301) utvecklar dessa tankar om hur sociala problem uppstår genom kollektiva definitioner, vilka får empiriska konsekvenser. Han identifierade fem steg som ett socialt problem följer. 1) Ett problem uppstår; 2) Det godkänns och fastställs som ett problem; 3) Handlingar mobiliseras; 4) En allmänt hållen handlingsplan författas och slutligen 5) Handlingsplanen implementeras empiriskt. Mellan det första och det femte steget finns det flera möjligheter för olika sociala intressen att påverka hur problemet slutligen kommer att se ut. Utmärkande för detta resonemang är att deltagarna i konstruktionsprocessen är medvetna om att det kan finnas konkurrerande intressen. För att få rätten till att definiera måste aktörerna således agera utifrån den situation som skapas, det vill säga handlingar mobiliseras. Men det behöver inte betyda att sakfrågan i sig sätts i fokus utan snarare att konkurrenternas argument måste undermineras (Brante, et al., 1995, s. 24). Innan en allmänt hållen handlingsplan fastställs för empirisk implementering måste en argumentation ske, där den som har de mest vetenskapliga argumenten ska få sina intressen inkluderade i den slutliga handlingsplanen.

De två sociologerna Bruno Latour och Steve Woolgar (1986) visade hur vetenskaplig och neutral argumentation tog sin form genom en social interaktion lokaliserad i en laboratoriekontext. De pekade på att det inte bara var argument som användes för att övertyga, de visade även att inneboende egenskaper i inskriptionsapparater och annan apparatur togs till hjälp för att intervenera i hur ett argument om en

objektivitet skulle utformas. Genomgående för denna process är att olika intressen och värderingar inom respektive position jämkas samman till harmoniska helhetsperspektiv (Brante, et al., 1995, s. 26). Resultatet är konsensus kring ett problem som tidigare innebar en oförenlig kontrovers.

Ett socialt problem är alltså avhängigt det sammanhang det uppstår i, och beroende på problemets karaktär, kommer det att realiseras på olika sätt. Vägen till konsensus inbegriper individer, grupper och kollektiv med olika intressen och lojaliteter (Brante, et al., 1995, s. 32). Den implementerade handlingsplanen behöver inte vara den bästa, dock är det den som, utifrån den kanoniserade kunskapsmassan och ett fälts regler, har formulerats på det mest övertygande sättet. Den slutliga versionen av hur problemet definieras går att spåra till vissa betydelsefulla aktörers intressen.[16] Blumers fem steg börjar med en identifikation av en normöverträdelse eller ett bekymmer och slutar med att en plan implementeras för att kontrollera normen – det löst formulerade problemet blir ett faktum som styr praktiken och påverkar olika framtida händelseförlopp.

Det psykiatriska fältet kan tas som exempel. Då en ny psykiatrisk diagnos erkänts påverkar den en medicinsk praktik vilken i sin tur får konsekvenser i en individs levnadsförlopp då han eller hon blir en patient som i ett retrospektiv även får en biografi och en levnadsberättelse som psykiskt sjuk.

Det samma gäller förstås om en diagnos slutar att gälla, vilket illustrativt var fallet med homosexualitet som fram till och med omarbetningen av DSM III, till DSM III-R, officiellt var en psykisk sjukdom – en patologi. Historiskt har detta visat sig vara ett av de tydligare exemplen på att kategorierna i DSM är trubbiga och till viss del lekmannamässiga (Wakefield, 1997). Tidigare, innan homosexualitet blev kategoriserat som en sjukdom, hanterades öppet homosexuella på samma sätt som kriminella. Men då psykiatrin intresserade sig för detta innebar det möjligheter att betrakta sexualiteten som sjuklig, vilket gav dem tillträde till psykiatrisk behandling. Psykiatrins hantering av homosexualitet bestod i kirurgiska ingrepp, såsom sterilisering, lobotomi och könsstympning, eller i farmakologisk behandling genom hormonbehandlingar, farmakologiska chocker och LSD-behandling. Eller så fick de som

[16] En utslagsgivande faktor för att det psykodynamiska perspektivet var tongivande i den första versionen av DSM var att det i USA efter andra världskriget fanns många psykoanalytiskt skolade psykiatriker som hade flytt undan nazismen.

ansågs vara homosexuella genomgå olika psykologiska behandlingar, som hypnos, sexuella stimuli, psykoanalys, chockbehandling eller gruppterapi. Det var inte längre brottsligt, det hade istället blivit sjukt att leva ut sin sexualitet om den inte var heterosexuell. Den tillskrivna behandlingen skulle således förändra ett homosexuellt beteende till ett heterosexuellt, det som ansågs vara normen.

Men att homosexualitet var en sjukdom var svårt att försvara. Anledningen till detta kan kopplas till en samhällelig förändring då en tydlig social rörelse för homosexuellas intressen växte fram och påverkade en opinion, både inom läkarkåren och inom samhället i stort. Homosexualitet finns fortfarande kvar i manualen, men inte som något patologiskt eller som en sjukdom på sina egna kriterier, utan som underkategori till andra sjukdomsbeskrivningar (Kutchins, et al., 1999, ss. 55-99). Kontexten kring homosexualitet förändrades, vilket fick betydelse för en stor grupp människor då de i form av en social kraft påverkade de begrepp DSM var formulerad utifrån (Loseke, 2003, ss. 122-123). Vi kan säga att DSM I sjukförklarade alla homosexuella, medan DSM III-R friskförklarade de samma år 1987.

En verksamhet med medicinska mandat och sociala kompetenser

Den minsta gemensamma nämnaren för alla sjukdomar vi hittar i DSM är att de är just psykiska sjukdomar; men det finns inte någonstans en definition av vad detta innebär. Det vi finner är då endast ca 350 olika abstrakta symptombeskrivningar och manualens inledande riktlinjer för användning.[17] I och med denna brist, blir det komplicerat att förstå vad de olika symptombeskrivningarna är tecken på då det symptomen representerar inte finns beskrivet eller på annat sätt definierat. Denna brist är relaterad till det mer komplicerade spörsmålet, att sjukdom alltid har att göra med ett avvikande från ett friskt tillstånd. För att få en hållbar definition måste det även finnas en definition av det psykiskt friska tillståndet.

I inledningen till DSM IV-TR finns en avgränsning av vad en psykiatrisk diagnos är, vilket är den samma författarna till DSM III formulerade. Syftet med avgränsningen är att ge psykiatriker stöd när

[17] En av de mest framträdande debattören i denna diskussion är den forskande psykiatrikern Robert L. Spitzer. Han var redaktör för den tredje versionen av DSM.

det gäller beteenden i gränslandet mellan normalitet och patologi. Det står att…

> …each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioural or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with a present distress (e.g., painful symptom) or disability (e.g., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk or suffering, death, pain, or and important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event /.../ Whatever its originally cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioural, psychological, or biological dysfunction in the individual. Neither deviant behaviour (e.g., political, religious, or sexual) nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction (APA, 2000, s. xxxi).

Denna passage kan också ses som ett försök att reservera sig inför invändningarna att en psykisk sjukdom inte är en sjukdom utan ett socialt oaccepterat beteende; ”…nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders…” Psykiska sjukdomar betraktas av läkarkåren på samma sätt som somatiska sjukdomstillstånd. Sjukdomarna måste vara förknippade med en svår situation och ha sitt ursprung inom individen, i dennes kropp och interna konstitution som biologisk varelse. Oavsett dess ursprung så är sjukdomen alltså en dysfunktion som varken är orsakad eller identifierad i termer av ett socialt, oaccepterat beteende, utan ett neutralt sjukdomstillstånd möjligt att beskriva.

Närmare än så här kommer vi inte en definition av vad en psykisk sjukdom är i DSM. Dock vet vi att en psykisk sjukdom är en manifestation av ett internt missförhållande – men inte varför manifestationen är sjuk.[18] I och med denna obestämda formulering öppnar sig flera ingångar för subjektiv tolkning, t.ex. ”…associated with a present distress…” eller ”…disability (e.g., impairment in one or more areas of functioning)” eller ”…important loss of freedom…”

[18] Jerome Wakefield har skrivit flera inlägg om att en dysfunktion också måste vara en klar avvikelse från någon av människans naturliga funktionsmekanismer och att det finns ett antagande om att det är oönskat.

Om det ska vara möjligt att göra dessa kategoriseringar begripliga, måste bedömaren utgå från ett normaltillstånd för att fastställa om symptomen är smärtsamma, ett funktionshinder eller om det innebär en väsentligt sänkt grad av frihet. Om det inte finns någon hypotetisk bild av normalitet, så kan dessa nivåer omöjligen objektivt fastställas. Diagnosen blir istället induktivt utfärdad, där en subjektiv tolkning föregår den medicinska kategoriseringen. På så vis har läkaren en dominerande position på det psykiatriska fältet som fastställts i en central text.

Frågan om vad dysfunktionen egentligen är, mer än att det just är en biologisk dysfunktion, kvarstår. Dock är det fastställt att något inte fungerar, men symptomen inverkar framförallt på de sociala aspekterna av en människas liv. Det blir svårt att definiera ett sjukdomsbegrepp utan att ta den sociala miljön i beaktning. Den nya psykiatrin har som verksamhet kommit att inkludera ett brett spektrum av aktörer och yrkeskategorier för att ge stöd och vård till personer med en psykisk sjukdom. Det är läkare, psykologer, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och socialarbetare för att nämna några som samtliga har specifika arbetsuppgifter och är experter på sina avgränsade specialitetsområden (Socialstyrelsen, 1982:8, s. 29). Dessa aktörer får psykiatrin att fungera. Området som APA och DSM direkt påverkar är det fält med yrkeskategorier som arbetar och är verksamma inom områden där konsekvenserna av den psykiatriska problematiken aktualiseras och primärt förstås medicinskt.

I början av den moderna psykiatrin, då vården var lokaliserad till isolerade inrättningar och totala institutioner under en central organisation, var alla yrkeskategorier förkroppsligade i en och samma praktik. Men då dessa totala institutioner avinstitutionaliserades är vården decentrerad till flera olika i samhället integrerade praktiker som ska samordnas. Läkarna inom den psykiatriska praktiken har ett medicinskt mandat att formellt bevittna och klassificera det som andra yrkeskategorier betraktar och bedömer. Den egentliga psykiatriska organisationen är idag långt mycket större och komplex än just den del som har med diagnostiseringsförfarandet att göra. Verksamheten bedrivs ute i samhället och innebär också samordning och kontroll av den tillvaro en medborgare lever inom.

DSM är ett försök att skapa en gemensam referensram så att stringenta kategoriseringar och kriterier som forskning samt medicinsk praktik struktureras kring. I sig inrymmer manualen tillräckligt med information så att beteenden deskriptivt kan differentieras från varandra. För att minimera teoretiska ställningstaganden som ansågs

påverka forskning, diagnostisering och kategorisering omformulerades inledningen till DSM III så att en diagnos blev betraktad som teorineutral (Ghaemi, 2003, s. 177; Wakefield, 1997, s. 634&637). Jag menar framförallt att APA som organisation kontrollerar kunskapsproduktionen om psykisk sjukdom och intervenerar på så vis i framtida händelseförlopp där psykisk sjukdom är aktuellt. I två andra passager i DSM kan vi läsa att manualen är en…

> …classification of mental disorders that was developed for use in clinical, educational, and research settings. The diagnostic categories, criteria, and textual descriptions are meant to be employed by individuals with appropriate clinical training and judgement, the method of data collection is also important (APA, 2000, s. xxxii).
>
> The specified diagnostic criteria for each mental disorder are offered as guidelines for making diagnoses, because it has been demonstrated that the use of such criteria enhances agreement among clinicians and investigators. The proper use of these criteria requires specialized clinical training that provides both a body of knowledge and clinical skills (s. xxxvii)

Manualen utvecklades till att bli en referenslista för medicinsk praktik, utbildning och för forskningssammanhang. Den andra passagen är en del av en varningstext som förbehåller användningen dem med lämplig utbildning och adekvat klinisk erfarenhet. För att använda manualen krävs det att man kan tillgodogöra sig de grundläggande ontologiska och epistemologiska ställningstaganden manualens kunskapsbas vilar på.[19]

Objektet för den nyare psykiatrin är reducerat till observerbara symptom, vilka anses utgöra tecken på sjukdomar. Sjukdoms-observationerna ligger till grund för hur organisationens andra verksamhetsområden i efterföljande skeenden kommer att inkluderas i patientens framtida liv. Diagnosen är inte enbart en klassificering utan innebär också en signifikant vändpunkt i en människas livshistoria och biografi. Men sjukdomens diskreta natur gör den svår att observera

[19] De första manualerna användes endast inom forskning, det var inte tänkt att de skulle användas utanför denna kontext eller användas inom psykiatrisk praktik. Idag används dock DSM inom den psykiatriska läkarpraktiken tillsammans med Världshälsoorganisationens ICD 10, de internationella klassifikationerna av sjukdomar och relaterade hälsoproblem.

direkt, istället är det dess tecken bedömningen vilar på. Som en illustrativ pendang till formuleringen i DSM skrev Michel Foucault i sin bok *Birth of the Clinic*…

> In the medical tradition of eighteenth century, the disease was observed in terms of *symptoms* and *signs*. These were distinguished from one another as much by their semantic value as by their morphology. The symptom – hence its uniquely privileged positions – is the form in which the disease is presented: of all that is visible, it is closest to the essential; it is the first transcription of the inaccessible nature of the disease (Foucault, 1989, s. 90).

Beskrivningen av sjukdomen utgör dess egentliga existens och ska tas som ett bevis på att den existerar inom individen. Sociologen och psykologen Joan Busfield (2006, s. 217) menar att inom den psykiatriska praktiken finns det givna procedurregler vilka grundar den i en metodologi influerad av naturvetenskapen. Numera, när psykiatrin länge strävat efter att inkluderas i övrig medicinsk verksamhet är beskrivningarna idealt sett neutrala, värderingsfria, ateoretiska och gör därför inga etiologiska anspråk (APA, 2000, s. xxxvi). Det innebär att de uppvisade symptomen strikt kan systematiseras i form av patologier. Dessa beskrivningar ska varken tolkas som teoretiska eller som baserade på partiska åsikter. Retoriken hos psykiatriker är likställd retoriken hos andra läkare (Wakefield, 1997, s. 634). Den psykiatriska sjukdomen finns först när den har accepterats och benämnts med hjälp av de inomprofessionella riktlinjerna om metoder och yrkeserfarenhet (Rose, 1986, s. 61).

När den medicinska praktiken samordnas med sociala verksamhetsområden är den psykiatriska mottagningen inte enbart en mottagning med läkare som behandlare och bedömare. Konsekvenserna av sjukdomen införlivas i vardagens vedermödor vilket inkluderat en social verksamhet på ett medicinskt fält. Diagnosen i sig ska rymma tillräckligt med information för att läkarna ska förstå vad de menar (Ghaemi, 2003, s. 177; Wakefield, 1997, s. 634 & 637). Men för övriga aktörer krävs också kompletterande information om sjukdomens sociala konsekvenser och relevans för att uppfylla psykiatrireformens och handikappolitikens omformulerade krav på delaktighet. I en del av verksamheten är psykiatrikern en aktör med ett medicinskt mandat för att beskriva symptomens egentliga art. I andra delar av samma verksamhet blir andra yrkeskategorier bedömare kompetenta att

utvärdera vilka beslut som bäst integrerar individen och normaliserar dennes omgivning. På detta vis blir psykiatrin även en social inrättning och den disciplinerande verksamheten har förändrats till en mer kontrollerande.

Posttraumatisk stress: en sjukt normal reaktion

Det andra delarbetet i denna sammanläggningsavhandling går djupare in på en specifik diagnos, nämligen PTSD, vilken blev en psykiatrisk diagnos först när DSM III publicerades 1980. På liknande sätt som när sexuella dysfunktioner i manualen blev beskrivna i form av patologier, har införandet av PTSD som stressreaktion också skapat vissa kontroverser (Kutchins, et al., 1999; Spitzer, 2007; Young, 1995). Striderna har inte bara gällt vilka gränser som skulle etableras för denna diagnos. De gällde även vad det var som gjorde den till en sjukdom och vilka avgränsningar som skilde den från en normal reaktion. Kritiker till sjukdomsbeskrivningen hävdade att PTSD endast var en etikett uppfunnen av sociopolitiska intressen (Kutchins, et al., 1999; Scott, 1990). I delarbetet problematiserar jag det oklara i traumat, det är inte alltid tydligt att stressen är posttraumatisk utan kan också vara samtida. Tydligt är dock att det innebär ett lidande, men på grund av diagnosens historia kom det sig att symptomen bedöms som just posttraumatiska. Jag menar också att införandet av PTSD var ett sätt för den nya psykiatrin att visa att det reduktionistiska perspektivet även fungerar på sjukdomar som i sin grund var psykoanalytiska.

Den genomgång jag här gör av PTSD beskriver hur den har konstruerats genom en social process grundad i ett avgränsat historiskt sammanhang. Min ambition är att visa hur en diagnos blir till och vilka intressen och aktörer som kan identifieras. Utgångspunkten för detta förhållningssätt blir liknande det Latour och Woolgar (1986, s. 213) använder sig av. Deras poäng är att sociala faktorer är av betydelse då ett faktum blir till. Olika medverkande aktörer använder sig av en viss retorik för att framställa och presentera sina upptäckter på ett vetenskapligt sätt så att de blir legitima fakta utifrån gällande krav och kanoniserande kunskap. Så att det är deras intressen som implementeras i en handlingsplan.

På ett sociologiskt plan agerar inte en psykiatriker uteslutande utifrån medicinska intressen, utan styrs av olika politiska och ekonomiska faktorer samt av inomprofessionella statussystem, men

också av humanistiska intressen och läkaretiska postulat att förbättra livsvillkoren. Politik har länge varit närvarande på det psykiatriska fältet, psykiatriker har gått olika politiska ärenden och politikens aktörer har också befunnit sig hos psykiatrikerna för att mobilisera deras expertkunskap till den egna sidan. De olika reformerna är tydliga exempel – men tidigare exempel finns också. Det är ingen slump att Kraepelinska kategoriseringar blev populära och att hans elevers forskning finansierades av nationalsocialistiska intressen i Tyskland, menar Shorter (1997). I individen hade Kraepelin identifierat olika faktorer han genom vetenskapliga metoder kunde härleda till genetiskt arv. Kraepelins fokus på arvsfaktorer och kroniska processer tjänade den tidens stora ideologi som kunde använda forskningen till att kategoriskt stigmatisera vissa ”raser” för att samtidigt stärka bilden av den egna ”rasen”. Även i Sverige finner vi liknande strategier då samhället skulle stärkas, ”sinnessvaga” och andra besvärliga kollektiv skulle i förebyggande syfte steriliseras för att inte utarma ett socialdemokratiskt folkhem, ett slags negativ eugenik (Kärfve, 2006). Rose (2007, ss. 60-63) menar att en konsekvens av detta var att regleringen av ras och ett nationellt samhälle började sträcka sig in i den mänskliga kroppen, vilket innebar att en sammanvävning av politik och biologisk kunskap förverkligade i statliga program. Kroppar skulle modifieras och korrigeras för att förebygga riskscenarion om framtida utarmning av ekonomi och nationell välfärd.

PTSD är på ett snarlikt sätt ett resultat av den Nordamerikanska socialpolitiska kontexten efter Vietnamkriget. Etableringen av PTSD som diagnos har inget med positiv eller negativ eugenik att göra, utan har snarare att göra med en förstärkning av rättigheter för vissa medborgare. Eftersom denna diagnos är behandlas i delarbete II, så vill jag i denna del redogöra för vad den innebär och i vilken social-historisk kontext den vuxit fram ur.

Berättelsen om PTSD

Blumers fem punkter om ett socialt problems uppkomst har en tydlig början och ett tydligt slut. De börjar med att något problematiskt uppstår och identifieras, men detta är inte nog för att bekymren ska vara ett socialt allmänt problem. Ett erkännande av missförhållandet måste infinna sig, men bara för att det erkänns behöver problemet inte existera objektivt i samhällets textur. Om så var fallet, menar Blumer, hade den sociologiska betraktaren missförstått ett socialt problems

natur. Han menar att problemet måste få en konsekvens i ett socialt sammanhang. Avvikelser från samhälleliga normer finns överallt och har också förmodligen alltid funnits, men alla avvikelser blir inte automatiskt till sociala problem (Blumer, 1971, ss. 298-300). Sociala problem är tillfälliga, de förändras, det dyker upp nya, vissa försvinner medan andra lämnas styrkta kvar.

Införandet av PTSD i DSM III följer ett omvänt men liknande mönster som det när homosexualitet försvann ur DSM. Istället för att de symptom som PTSD kategoriserar blev ohållbara som en sjukdomsbeskrivning, blev det 1980 hållbart att klassificera posttraumatiska symptom i sjukdomstermer. Sociologen Wilbur J. Scott (1990) menar att de händelser som ledde fram till att PTSD etableras, och att homosexualitet försvann, har inte att göra med de medicinska förhållanden sjukdomarna i DSM är härledda från. Förloppet kan inte stakas ut med hjälp av en medicinsk epistemologi eller med hjälp av de metodologiska hjälpmedel detta fält förknippas med. PTSD består av särdrag som inte direkt är deducerade från individen som en isolerad enhet, men symptomen kan identifieras utifrån de uppställda diagnostiska kriterier som är listade i manualen. Tillblivelsen av PTSD i form av en psykiatrisk realitet är mer härledd till sociala faktorer såsom det psykiatriska fältets hierarkier, status och sociala rörelsers lobbyverksamhet.

PTSD har också gjorts möjlig genom det historiska sammanhang i vilket diagnosen kom till i. Bakom fastställandet döljer sig alltså två olika narrativer vilka beskriver och belyser ett och samma fenomen. PTSD består dels av en medicinsk historia, vilken visar att diagnosen kan benämnas som ett sjukdomstillstånd, och dels består den av en social, som visar hur sociala faktorer påverkat diagnosens införande i manualen. Tillsammans har dessa två parallellt gjort det möjligt att kalla ett posttraumatiskt tillstånd för en sjukdom. Men varje narrativ, var för sig, skulle inte resultera i en sjukdomsbeskrivning – de måste stråla samman i en och samma beskrivning.

I en genomgång av tillgänglig litteratur om PTSD fann de båda psykiatrikerna Rachel Yehuda och Alexander McFarlane (1995) att tidiga psykoanalytiska teorier spårade hysteri tillbaka till erfarenheter av traumatiska händelser i ett livsförlopp. Freud ställde även upp som expertvittne i ett mål om österrikiska fältläkares vanvård av soldater som uppvisade oförklarliga symptom efter att ha deltagit i första världskriget. Han hävdade där att deras situation hade sin orsak i en mer allmän framväxt av neuroser vilka gick att skilja från krigstrauma. Andra psykiatriker hävdade att problemen istället kunde förklaras med

fysiska krigsskador, men dessa aspekter överskuggades av Freuds framträdande och avlagda vittnesmål (Scott, 1990, s. 296). Den senare psykoanalytiska skolan förkastade dessa idéer. Istället följdes nya rön om libidinösa orsaker till neuroserna. Dock ansågs det klart att diagnoser vars grundval vilar på repression av ett trauma kan särskiljas från de diagnoser vilka byggs upp under och genom faserna i ett livsförlopp.

PTSD och psykiatrins nya gränsdragningar

Dessa tidiga analyser av traumatisk stress hade väldigt lite att göra med det reduktionistiska tillvägagångssätt vi sedan 1980 finner i DSM. Dock infördes PTSD som diagnos samtidigt som det Kraepelinska reduktionistiska perspektivet tog över efter det psykoanalytiska.

I själva verket är PTSD inget nytt. I den första upplagan av manualen finns det en benämning på de symptom vilka individer som blivit utsatta för svåra fysiska krav under extrem emotionell stress uppvisar. Denna benämning var ”gross stress reaction” (GSR) och hade tillkommit i efterdyningarna av de två första världskrigen, framförallt det andra. Det fanns då ett kollektiv av överlevande soldater bland vilka dessa symptom var vanligt förekommande. GSR förutsatte att en person hade blivit utsatt för stress, ofta i relation till ett krig, och sedan lämnat denna miljö bakom sig. Trots att soldaten lämnat den stressfyllda situationen, höll stressreaktionen i sig. I många fall var det inte förrän efter att soldaten lämnat kriget och var i en annan miljö som stressymptomen uttrycktes. När soldaten återvände till vardagen dröjde sig krigserfarenheterna kvar och skadade personen psykiskt, även om händelserna hade passerat och var över (Scott, 1990, s. 295; Young, 1995, s. 107).

I den andra versionen av DSM, DSM II, fanns denna diagnos inte längre kvar. Då fanns det inte några patologiska reaktioner på denna typ av trauma (Spitzer, 2007, s. 234). Ett skäl som ofta åberopas är att samtliga författare till DSM I hade de två världskrigen i färskt minne, många av dem tjänade också som soldater eller fältläkare. Abraham Kardiner var en av dessa och hans systematiska analys av krigsinducerade neuroser och dess symptomatologi låg till grund för hur krigserfarenheter kom in i den psykiatriska retoriken för första gången (Leys, 2000, s. 193; Young, 1995, s. 89).

Trots att GSR var den första officiella benämningen av krigsinducerad stress har dess symptom länge funnits inom den

medicinska vetenskapen, dock i andra skepnader. Varje krig har haft sin egen stressreaktion, det amerikanska inbördeskriget kallade symptomen ”nostalgia”, första världskriget benämnde dem ”shell shock”, efter andra världskriget talade man om ”battle fatigue”, och innan alla dessa kunde man höra historier om ”soliders heart” (Yehuda, et al., 1995). Fenomenet är gammalt, men benämningarna varierar från gång till gång, vilka får nya empiriska konsekvenser i form av relevanta behandlingar.

Införandet av GSR i den psykiatriska manualen är ett exempel som följer Blumers fem steg. För det första, ett kollektiv visar gemensamma symptom direkt relaterade till ett stressfyllt skeende. För det andra erkänns det av läkarkåren vilka, för det tredje, avsätter resurser för just detta problem. Bara för att något är uppmärksammat behöver det alltså inte innebära att ett socialt problem är skapat. De första dokumenterade fallen av ”soldiers heart” fanns långt tidigare, men en officiell handlingsplan för hur detta skulle betitlas var inte författat förrän DSM I, vilket här får exemplifiera det fjärde steget i Blumers förlopp. När DSM publicerades och började användas i den psykiatriska praktiken och i undervisningen hade det femte steget av Blumers kriterier nåtts, den officiella planen var då implementerad i en verksamhet.

Men, mellan 1968 och 1980, då DSM II var gällande, fanns det inga symptom beskrivna som passade de krigsveteranerna eller andra personer vilka hade varit utsatta för en extrem extern stress uppvisade. Detta var samma period som USA engagerade sig i Vietnamkriget och som soldater började återvända hem från kriget. Men det fanns ingen beredskap inom psykiatrin för att bemöta dessa soldaters situation. GSR existerade inte längre som en kategori i DSM, men symptomen fanns uppenbart kvar. De nordamerikanska krigsveteranerna hamnade därmed utanför psykiatrins administration. Detta betydde inte att de inte led; många hade efter sin hemkomst ett stort behov av terapeutisk vård. Men då det inte existerade en gemensam diagnos som beskrev deras särskilda situation kunde de inte erbjudas statsfinansierad vård. Utan diagnos var det svårt för praktiserande psykiatriker att samstämmigt ge en behandling. Var det traumat i sig som var upprinnelsen eller var det andra undantryckta händelser behandlingen skulle rikta in sig på?

Krigets återkomst till DSM

I diskussionen om definitionen av psykisk sjukdom, är det otydligt vad detta begrepp egentligen innebär. Varje diagnosbeskrivning blir på detta sätt olika yttringar av något oklart, men vi kan utgå från att de på det ena eller andra sättet är beskrivningar av hinder eller signifikanta frihetsförluster. Så även när det gäller PTSD har vi att göra med en frihetsförlust eller en dysfunktion som uppstått i direkt kausal relation till en upplevd traumatisk händelse. Även om den psykiatriska kunskapen numera är en del av ett reduktionistiskt och vetenskapligt paradigm så innebär PTSD, å ena sidan, att vissa symptom härleds från händelser i den omgivande miljön, från en traumatisk händelse (Summerfield, 2001, s. 95; Yehuda, et al., 2007, s. 436). Men å andra sidan är diagnosen också associerad med en psykisk smärta som har klinisk signifikans.

När DSM II publicerades 1968, var den ungefär 130 sidor lång och innehöll 182 olika sjukdomsbeskrivningar. Det var också då de första soldaterna återvände till USA i samlad trupp vilket sammanföll med att massiva proteströster höjdes mot Vietnamkriget. Medan soldaterna hade sina personliga erfarenheter från Nordvietnam, hade USA:s antikrigsrörelser fått sina bilder av kriget präglade av de mediala rapporteringarna. Ofta fick soldaterna stå som syndabockar för Lyndon B. Johnsons, senare Richard Nixons, utrikespolitik. När soldaterna kom tillbaka från kriget hade de inte bara sina erfarenheter att försona sig med, utan också olika rörelsers protester att vänta. De bemöttes inte som hjältar utan snarare som utstötta. Kriget kom att symbolisera USA:s imperialism och de inblandade fick stå till svars för handlingar de i egentlig mening inte var ansvariga för. Soldaterna förkroppsligade då den utrikespolitik som hade genomförts på en global arena.

De tidigare krigens återvändande soldater ansågs ofta vara hjältar då de stått upp mot en ondska medborgare såväl som soldater lätt kunde identifiera i termer av ett reellt hot. De nu hemvändande betraktades av många istället som onda, de var inte en del av någon kollektiv hjälteberättelse. När soldaterna kom tillbaka hem var det inte till det hem de tidigare kände till och inte heller det hem de förväntat sig. Bilder hade publicerats och sänts ut via media om de ohyggligheter soldaterna åsamkat oskyldiga och själva levt under. När de själva sedan fick denna bild presenterad för sig och såg hur de betraktades av andra, då var det inte någon hjältebild om sig själva de tog del av.

Många kände sig ovälkomna och hade svårt att förlikas med den bild de såg och återvände till kriget där de hade en gemenskap. Eftersom deras situation inte var känd då arbetet med DSM II påbörjades, och diskussionen inte nått tillräcklig omfattning när arbetet avslutades, fanns det ingen möjlighet att benämna de återvändande soldaternas gemensamma symptom som sjukligt, trots att de uppenbart led.

Några år senare, under 1970-talet, började Nixon att ta hem fler och fler soldater och kriget gick mot sitt slut. Men, det fanns fortfarande inga sätt på vilka den statsfinansierade psykiatrin kunde ta sig an alla veteraner med psykiatriska problem. Om det inte fanns en uttalad diagnos kunde de behövande inte heller få statligt finansierad terapi och rehabilitering. Veteranerna fick istället söka sig till privata alternativ, då den diagnos och tillhörande terapi som kunde vara aktuell hade strukits under arbetet med DSM II. När vanföreställningarna var tillräckligt starka kunde ändå vård ges genom att diagnosen psykos ställdes, menar Scott (1990, s. 298). Men denna diagnos erkände inte krigserfarenheterna som orsak till vanföreställningarna vilket medfärde att vården och terapin inte blev relevant.[20]

Många återvändande soldater talade oupphörligen om sina erfarenheter och blev ibland våldsamma, men detta förklarades med något utanför krigets rand. Bedömdes de som psykotiska, förklarades detta med att det var dem själva det var fel på, och inte på den situation de varit utsatta för i Vietnam eller den konfrontation de upplevt i USA.

Krigsveteranerna började få rykten om sig att vara emotionellt instabila, men fler och fler soldater återvände och fler och fler soldater organiserade sig. Till slut grundades en speciell rörelse under ”The Veterans Administration Medical System”, vars arbete gick ut på att tillgodose veteranernas särskilda behov av vård (Young, 1995, s. 108). Denna organisation såg till veteranernas intressen men den nya rörelsen kritiserade också fältläkare och forskande psykiatriker som inte uppmärksammat veteranernas prekära situation tidigare. I den tilltagande debatten hävdade delar av forskarsamhället, i artiklar publicerade i *The American Journal of Psychiatry*, att det bästa botemedlet var att sända tillbaka soldaterna till kriget då de uppvisade en oförklarlig symptombild. Tidigare, under världskrigen, hade det visat sig att behandling av krigsneuroser gav bättre resultat om terapin

[20] Ur ett rättsäkerhetsperspektiv är det inte önskvärt att behandla symptom som inte finns beskrivna som ett sjukdomsförhållande.

sattes in tidigt, nära stridslinjen. Detta ifrågasattes för att vara ett sätt för Nixon att förstärka USA:s armé då denna försvagades (Scott, 1990, s. 302). Man ansåg att psykiatrin, med sitt medicinska mandat, gick i militärens led, istället för att stå på patientens sida. Även här kom psykiatrin och en politik att sammanstråla utifrån ett större samhälleligt behov – denna gång var det inte att stärka samhället eller en ”ras”, utan att stärka en armé och kanske också en ideologi.

Media rapporterade i början av 1970-talet om att självmord, asocialt och oförklarligt beteende hade spridit sig epidemiartat bland Vietnamveteraner. Många hamnade i missbruk, blev lösdrivare, var självdestruktiva eller blev inlagda på psykiatriska inrättningar. PTSD började anta sin nuvarande form, dock inte initialt bland psykiatriker eller på initiativ av läkarkåren. Istället uppmärksammade antikrigsrörelserna att Vietnamveteranerna knappast var psykotiska eller gjort något fel, utan att de agerat som de förväntades av nationen. Den oförklarliga symptombilden skulle inte betraktas som en psykos, utan som en egen kategori vilket gav tillgång till en relevant och statsfinansierad vård.

Antropologen Allan Young och sociologen Wilbur J. Scott har båda gjort analyser av hur PTSD har framarbetats, de visar att det fanns ett motstånd från de nya Kraepelinska psykiatrikerna att acceptera diagnosen. Men, som jag ser det, är en bieffekt av införandet av PTSD som diagnos att APA fick legitimitet för den nya psykiatrins kunskapsbas. Young och Scott skriver båda var för sig att psykiatrikern Robert Spitzer initierar arbetet med DSM III 1975, vilket är tidpunkten då USA hemkallar merparten av de stridande trupperna från Vietnam. Det var även nu som det nya diagnossystemet skulle introduceras och den moderna psykiatrin förnyas. Spitzer var också den som kom att leda och samordna denna omvälvning av den moderna psykiatrins grundvalar. Efter DSM III publicerades fanns det över 200 namngivna olika psykiska sjukdomar (Young, 1995, s. 84).

När arbetet påbörjades hade en grupp bestående av socialarbetare, psykiatriker och personer från Veterans Administration Medical System mobiliserats till förmån för de hemkomna soldaternas situation. Diagnosen PTSD blev då intimt sammankopplad med det liv de nordamerikanska soldaterna levde; med erfarenheter av krig och erfarenheter som återvändare med speciella vårdbehov. Trots att de utgjorde ett stort kollektiv ansåg Spitzer att deras erfarenheter var marginaliserade. Veterans Administration Medical System uppvaktade APA med ett förslag att de skulle sätta ihop en arbetsgrupp för att

utröna den medicinska validiteten i det som då löst kallades ”post-vietnam syndrome”. Till en början avslog Spitzer förslaget och refererade till bristande medicinsk relevans och vetenskaplig evidens i påståendena. Dock hade den mentala ohälsan hos veteranerna efter kriget blivit en tydlig fråga på den politiska agendan och den allmänna opinionen stödde veteranernas sak (Young, 1995, s. 108). De politiska intressena och veteranernas lidande var tvunget till att översättas till en medicinsk, klinisk och vetenskaplig terminologi för att soldaterna skulle få tillträde till den vård de behövde. Misslyckades detta skulle det innebära ett nederlag och medföra pinsamheter för psykiatrin, snarlika de som homosexualitet orsakade då det fortfarande var sjukdomsbelagt.

Ytterligare en arbetsgrupp, ”Vietnam Veterans Working Group”, tillsattes för att samla in material som visade att det fanns en medicinsk grund för PTSD och att det inte bara var en socialpolitisk opinion. Evidenskontextet byggde på tidigare händelser och inkluderade allt från berättelser av överlevare från nazismens koncentrationsläger under andra världskriget till krigsveteranernas samtida erfarenheter. Spitzer började mobilisera resurser för det nu identifierade problemet. Dessa följde inte bara de fem steg Blumer identifierat, utan också det Bruno Latour (1987, s. 114) hävdar i *Science in Action*. Han menar att genom att inkludera fler kontradiktoriska intressen och till viss del även ge avkall på egna utökas det egna handlingsutrymmet. Vi måste också betänka att hela APA, i och med DSM III, då PTSD introducerades, ställde om de vetenskapliga grundfundamenten som sjukdomsbeskrivningarna vilade på. Det kan liknas vid psykiatrins paradigmskifte då hela kunskapsinriktningen inom den moderna psykiatrin förändrades. Men tillskillnad från ett paradigmskifte var psykiatrins huvudsakliga uppgift och centrala objekt fortfarande detsamma, dess uttryck var dock förändrat.

Kutchins och Kirk (1999, s. 114) beskriver den nya psykiatrin som fenomenologisk och influerad av en Kraepelinsk nosologi vilket innebar att PTSD var svåraccepterad som en diagnos. Det var uppenbart något som inte kunde åskådliggöras rent deskriptivt med hjälp av rådande instrument och metoder. Ett problem den nya psykiatrin hade med PTSD var att förespråkarna hade använt sig av en psykoanalytisk retorik då de argumenterade för sin sak, speciellt menade de att undertryckandet av ett trauma skapar framtida neuroser. Följer vi däremot Latours argument, var införandet av PTSD i DSM ett sätt för den nya psykiatrin att få med sig andra

intressegrupper då det större beslutet att omformulera psykiatrins kunskapsbas skulle fattas. För att rädda den amerikanska psykiatrin var det återigen dags att ta in ett begrepp för posttraumatiska tillstånd, men det var nödvändigt att det gjordes med de rätta antagandena. Tillräckligt många sociala grupper hade ställt sig bakom att detta sociala fenomen skulle definieras i psykiatriska termer, vilket gjordes, trots att det egentligen var utfärdat på fel sätt. PTSD var den trojanska häst Spitzer använde sig av för att legitimiteten i förbundets beslut att omformulera de kriterier den nya psykiatrins diagnoser var uppställda utifrån inte skulle gå förlorad.

Den moderna psykiatrins grundvalar förändrades i och med att DSM III införde ett antal nya metodologiska förändringar, sjukdomsbeskrivningarna skulle vara framarbetade på ett sätt som inte innebar någon teoretisk eller etiologisk förklaringsmodell (APA, 2000, s. xxvi). Men den tillsatta arbetsgruppen för krigsveteranernas sak hade arbetat fram ett material som var baserat på psykoanalytiska teorier och psykodynamiska processer vilket i sig inte passade bland psykiatrins officiella klassificeringar. Trots detta hade de dock skapat ett dokument utifrån vetenskapligt testade metoder, men ändå var Spitzer svårövertygad. På grund av den historiska kontexten, intresseorganisationernas lobbying och det politiska läget samt att det ändå fanns en vetenskapligt formulerad grund till PTSD accepterades diagnosen. Scott (1990) skriver att införandet av diagnosen i DSM III skedde under livliga protester från forskande psykiatriker. Men med diagnosen visade APA att det nya sättet att klassificera sjukdomar var framgångsrikt även då sjukdomar av mer psykodynamisk karaktär avses. När DSM III publicerades stod det klart att de människor vilka uppvisar psykossymptom relaterade till ett trauma inte längre är psykotiska utan traumatiserade av krigets fasor.

Slutsatser

I detta kapitel har vi sett att det psykiatriska sjukdomsbegreppets trubbighet innebär att det är otydligt vad det är som diagnostiseras. Det historiska sammanhang som den moderna psykiatrin växte fram ur möjliggjorde förändringen av dess struktur. Kapitlets historiska genomgång visat att den moderna medicinen placerade dårskap på samma skådeplats som kroppen sedan länge funnits. Anledningen till detta kan till stor del förstås sociologiskt och har även en politisk förklaring. Trots att psykiatrins praktik blivit specialiserad är det

ibland andra problem än personliga bekymmer som blev betraktade i medicinska termer. För att underlätta detta konstruerades DSM.

DSM kom att bli en manual som först var formulerad utifrån ett psykodynamiskt perspektiv. Fokus gällde disciplinering av människor som uppvisade symptom, men fortfarande innebar det en exkludering av allvarligare fall. Under det tidiga nittonhundratalet experimenterades det med olika terapeutiska metoder och det visade sig att farmakologi kunde lindra psykoser. DSM kom sedermera att omformuleras så att de psykodynamiska aspekterna försvann. Diagnoskriterierna blev mer fenomenologiska till sin karaktär då de etiologiska förklaringarna ströks. Sjukdomsbeskrivningarna blev sjukdomens mest framträdande egenskap. Under denna period hade farmakologiska experiment visat att det genom medikalisering även gick att vårda allvarliga fall av psykisk sjukdom i öppenvårds-sammanhang.

I exemplet om konstruktionen av PTSD är traumat centralt; ett trauma som Nordamerikanska soldater upplevt då de befann sig i Nordvietnam. Men traumat aktualiserades egentligen först och främst då de kom tillbaka från krigets fasor och mötte antikrigsrörelsens protester. Många hade svårt att anpassa sig till hemmiljön och det tidigare livet vilket medförde ett asocialt beteende och ibland självmordsförsök. Först i dessa situationer uppmärksammades besvären. Deras personliga bekymmer ansågs som ett kollektivt problem och infördes i DSM III som en psykiatrisk diagnos. Det blev nu möjligt att ge veteranerna statsfinansierad vård. I genomgången kan vi se att det är sociala intressen som styrt formuleringen av diagnosen. De personliga bekymmer soldaterna kände blev benämnda som psykiska problem.

Den nya psykiatrin kom att handla mer om kontroll av symptom än vad den handlar om disciplinering av individer. Genom de deskriptiva benämningarna vi finner i DSM får en verksamhet, som är långt mer differentierad än att bara innefatta en psykiatriker, riktlinjer för hur problematiken ska behandlas och betraktas. Dock vet ingen vad som egentligen är ursprung till det som behandlas, på så sätt grundas behandlingen induktivt av psykiatrikern.

4. En sociologisk belysning av psykiatrins utveckling

Den utveckling som psykiatrin genomgått under den senare delen av 1900-talet innebär att det finns mer än bara medicinska aktörer som har intresse i dess praktik. Inom det verksamhetsområde psykiatrin avgränsar, ställs sociologiska aspekter av normalitet, socialisation och social kontroll på sin spets. I min historiska genomgång av hur den moderna psykiatrin möjliggjort den nya, samt den efterföljande illustrationen av händelseförloppet bakom diagnosen PTSD, visar jag att det är tydligt att psykiatrin tangerar andra områden än enbart medicinska. Även om praktiken står på två ben, det naturvetenskapliga och det humanvetenskapliga, så tenderar det senare att reduceras bort, ofta i den så kallade evidensbaserade vetenskapens namn. Då den nosologi som präglar den nya psykiatrin anses vara teorineutral och fenomenologiskt beskrivande blir psykiatrikern den objektivt bevittnande snarare än subjektivt betraktande. Jag ska i detta kapitel redogöra mer ingående för hur psykiatrin tagit sin form i en sociologisk kritik.

Det övergripande sammanhang denna kritik utspelar sig i är den ”nya” modernitet som bland andra Ulrich Beck och Anthony Giddens, till viss del även Zygmunt Bauman, ofta förknippas med. Det grundläggande för den senmodernitet de förespråkar är att modernitetens fundamentala och basala principer fortfarande är desamma. Men dess empiriska institutioner ser inte likadana ut, vilket innebär att de samhälleliga konsekvenserna och den sociala responsen har förändrats (Beck, et al., 2005, s. 532). Individen får en mer framträdande roll, vilket inte innebär att hennes eller hans manuskript för den delen är individualiserad. Manuskriptet är snarare införlivat som en strukturell positionering på ett fält och genom reflexiv självkontroll. Just vad denna sorts modernitet har för konsekvenser på skiljelinjen mellan det självbiografiska subjektet och det biografiska självet, problematiserar jag ytterligare i avhandlingens tredje delarbete. I föreliggande del vill jag istället se hur detta har uttrycks på ett psykiatriskt fält.

Efter perioden av avinstitutionalisering och psykiatrireformerna sker det huvudsakliga vård- och stödarbetet för personer med en psykisk sjukdom utifrån en socialt beskaffat praktik. I den nya moderniteten och enligt påståendet ovan är psykiatrin präglad av moderna principer vilka växte fram efter franska revolutionen. På så sätt vill jag mena att den nya psykiatrin är ett förändrat uttryck på samma moderna principer. Nikolas Rose (1996b, s. 6) skriver att det var inom de stora hospital och mentalsjukhus som den moderna psykiatrin möjliggjordes men idag görs den nya psykiatrin möjlig genom ett heterogent register av socialarbetare inom en samhällelig verksamhet.[21] De totala institutionernas praktik har avinstitutionaliserats och decentrerats. De forna ”galningarna” som varken deltog i förvärvsarbetet och tjänade sitt eget uppehälle eller bidrog till samhällets totala välfärd kan nu genom en social verksamhet integreras i samhället. Till en början var inrättningarna ett instrument att förpassa de som under 1800-talets andra hälft inte klarade av att leva ett liv såsom alla andra i lokalsamhället (Riving, 2008). Här i dessa inrättningar visualiserades psykisk sjukdom under statlig regi, och det var dessa inrättningar Goffman (1991) kom att kalla totala institutioner.

Återanpassning genom anpassning

En total institution är en plats som inramas så att ett kollektiv definierar den på samma sätt. Konsekvenserna av detta är att aktiviteterna där regelbundet visar sig vara de samma. Goffman (1974, s. 70f) visade att vi i sådana inrättningar agerar bättre än vad vi själva vet. Vi uppträder utifrån de normer den sociala grupp vi tillhör förbinder med den situation vi befinner oss i. Det är ingen specifik geografisk plats utan ett mönster av ett ändamålsenligt uppträdande möjliggjort av normbevarande rutiner. En ironi i de totala institutionerna som Goffman (1991, s. 70) uppmärksammar är att just när internen lärt sig den avgränsade inrättningens regler för uppträdande, och de specifika förväntningarna som råder, är det dags att träda ut tillbaka till världen utanför. Patienten förflyttades på så vis

[21] Jag kommer att använda mig av begreppen hospital och mentalsjukhus synonymt. Historiskt sett är hospital en äldre term. De utvecklades sedermera till mentalsjukhus när de äldre sjukdomarna kunde botas i större utsträckning. Sedan kom de att inhysa andra kategorier av människor, oftast de så kallade galningarna (Kärfve, 2006, s. 63)

från de nu bekanta regelbundenheterna till de gamla nu obekanta. I de totala institutionerna strävade vården efter en återanpassning genom anpassning.

Mentalsjukhuset som en social inrättning gick ut på att patienten skulle foga sig efter de normer och förväntningar vilka styrde aktiviteterna på anstalten. Tanken med detta var att den intagne skulle gå ur sina tidigare sociala roller för att under insyn av personal iklädas nya. För att möjliggöra denna återsocialisation hade personalen bestraffningssystem och belöningssystem till sin hjälp. Belönings-systemen utgjordes inte av förmåner eller extra favörer, utan av frånvaro av tvång och de noggrant planerade aktiviteterna den intagne måste underställas och anpassas till. Belöningen var alltså en tillfällig frihet. Det fanns också en rumslig aspekt av bestraffnings och belöningssystemen. Denna förverkligades på så sätt att patienterna förflyttades mellan olika platser och rum beroende på hur de uppträtt. På en total institution är patienterna flexibla medan systemet är fixerat (Goffman, 1991, s. 54).

Det som karaktäriserar en total institution är att dess strukturerande system är förhållandevis stelt, vilket kräver övervakning så att de intagna följer systemets struktur. En intagen utför specifika aktiviteter vid givna tillfällen och på givna platser. Hela tiden utspelas aktiviteterna inom ramarna för anstalten och under bevakning av en och samma auktoritet.

Utanför anstalten regleras livet av mer abstrakta system såsom ekonomiska överenskommelser, traditioner eller andra normer oberoende av individen. Institutionerna är på så vis där inte totala. Men dessa abstrakta system är inte relevanta och har ingen egentlig giltighet på den totala institutionen som mentalsjukhusen är ett exempel på (s. 138). Den konkreta tanken på vård, rehabilitering och korrektion förverkligades tydligt innanför väggarna och var något den intagna inte hade några möjligheter att fritt välja inträde till eller utträde från. Men det är de abstrakta systemen utanför anstalten den intagne, genom anpassning till givna aktiviteter, skulle återanpassas till.

För att en total institution överhuvudtaget ska vara möjlig krävs det av alla inblandade att de utför sina roller korrekt och är medvetna om varandras. Detta är ett resonemang Goffman tidigare utvecklat mer ingående i boken *The Presentation of Self in Everyday Life,* på svenska – *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik* (1959/1974). I denna studie kommer han till slutsatsen att det mellan de uppdelade aktörerna finns en viss grad av motsättningar men samtidigt också

överensstämmelser. Ofta betonas överensstämmelserna medan motsättningarna skyls över (Goffman, 1974, s. 207). Inom de totala institutionerna råder däremot det motsatta, där betonas motsättningarna och interaktionen centreras till ett fastlåst system. Verksamheten delas tydligt upp utifrån klyftorna mellan en intagen och personal. Personalen har kunskap om patienterna, de har möjlighet att röra sig fritt mellan de olika rummen och ibland vara ensamma och privata. Patienterna utför däremot vardagens aktiviteter tillsammans med andra och har ingen möjlighet att dra sig tillbaka till någon avskildhet. De har ingen möjlighet att separera sitt privata liv från det på anstalten.

Denna motsättning förstärks genom språket, menar Goffman (1991, s. 55). Inom denna sociala inrättning existerar det ett lingo bland patienterna och ett lingo bland personalen. Detta sätt att tala markerar institutionens sociala värld i den bemärkelsen att personalen, speciellt de i de lägre positionerna, kan lära sig och använda sig av patienternas språkbruk men samtidigt bibehålla det egna. Om patienterna explicit använder sig av personalens expertspråk, avviker det från den konkreta tanke den totala institutionen är strukturerad utifrån. Anstaltens verksamhet angriper patientens liv totalt, den personliga moral som förknippas med ett civilt liv byts ut mot en funktionalistisk version där rehabiliteringen och tanken på behandling är honnörsord (s. 49 & 83). På vägen in till en total institution, som forna mentalsjukhusen, avklädes individen sin privata roll och iklädes en av institutionen utformad funktionalistisk roll.

Psykiatrins spridning

Den totala institutionen karaktäriseras enligt Goffman av fyra grunddrag. För det första utförs livets alla göromål på en och samma plats, övervakade av en och samma auktoritet. För det andra tvingas alla intagna att utföra sina dagliga aktiviteter tillsammans med många andra som gör samma saker och behandlas på samma sätt: alla gör samma sak på samma plats. För det tredje är aktiviteterna noggrant planerade och schemalagda av en auktoritet så att en aktivitet automatiskt leder till en annan. Slutligen är innehållet i aktiviteterna underställda en rationell plan avsedd att uppfylla institutionens övergripande syfte (Goffman, 1967, s. 473). Utifrån Rose (1986) är det i denna miljö och i detta institutionella sammanhang den moderna psykiatrin som praktik tog sin form. Det är i denna avgränsade miljö

de experiment utfördes som sedermera lade grunden till den kunskap vi idag har om psykisk sjukdom och hur vi ska kontrollera det.

Rose (1996b) menar vidare att hospitalen var mer än endast ett institutionellt arrangemang, såsom Goffman beskriver det. Dess institutionella form sammanfogades med psykiatrins teoretiska koder, behandlingsmetoder samt med dess samhälleliga uppdrag på en och samma geografiska plats. Innanför hospitalets väggar och i dess reglerade miljö växte en dröm fram om att begripa galenskapens heterogena natur och hantera den med en universell begreppsapparat och utifrån likformiga behandlingstekniker. Inom den totala institutionen underställdes de intagna de medicinska kunskapernas och diagnosernas makt (s. 6). Denna namngivning som den nya medicinska kunskapen tillät, gjorde den psykiska sjukdomen möjlig (Johannisson, 2006, s. 30). Hospitalet blev alltså på detta sätt ett mentalsjukhus, en plats där galenskap benämns och tar sin form utifrån medicinska begrepp.

Hospitalen och de senare mentalsjukhusen organiserades kring tanken att galenskap direkt bröt sociala normer och i viss mån grundläggande politess och moral och att individen inte kunde befinna sig i sociala sammanhang tillsammans med andra. En annan tanke som genomsyrade verksamheten var att avlasta familjen när de skulle träda in i förvärvsarbetets schemalagda dygnsrytm, vilket ”galningen” inte klarade av. Ett syfte med anstalterna var också att ta hand om vissa personer som inte klarade av industrisamhällets växande tryck och större krav på självdisciplinering. Det fanns många olika anledningar till varför en individ skulle tas om hand, men samtliga fick samma övervakning och liknande behandling avskiljt från resten av samhället. Behandlingen gick ut på att individen skulle kunna återföras till ett liv i frihet utanför den totala institutionens bojor. Läkarna inom hospitalen blev på detta sätt det sociala livets ingenjörer. De skulle omkonstruera dem som inte lyckades nå upp till samhällets krav på samlevnad och få dem att bli självreglerande medborgare igen (Goffman, 1991, s. 69; Rose, 1996b, s. 6). Ledande experter på detta specialområde, var psykiatriker som Pinel, Kraepelin och Freud. De utgjorde en expertis inom läkarkåren, vilka sedermera kom att utmejslas till en egen profession med en uppgift som ansågs vara humanistisk; men vars teknologier var medicinska och vars mål först och främst syftade till att återanpassa (Goffman, 1991).

På mentalsjukhusen befann sig de som hade brutit mot normer, dock inte så att de trädde över gränsen till det kriminella, men för det accepterade (Rose, 1996b, s. 7). Det fanns förstås problem. I takt med

att kunskapen om psykisk sjukdom kumulativt utvecklades, ökade antalet metoder som ibland blev hårdare till sitt utförande. Vad som också förändrades var allmänhetens intresse för mentalsjukhusens aktiviteter, inte bara som Foucault (1988a) uppmärksammade, då galningen under den tidigare delen av psykiatrins moderna historia visades upp för allmänheten i underhållande syften. Utan också för att även den totala institutionen hade blivit en tydlig del av samhället då fler och fler intogs men färre släpptes ut. Dock var de medborgerliga rättigheterna som gällde utanför anstaltens väggar frånvarande på dessa platser. Istället för att underhålla visades mentalsjukhusen upp så att medborgare utifrån kunde ta del av, förvissa sig om nya rön inom forskningen och inte bara för att betrakta aktiviteterna utan även bevittna vad som egentligen försiggick inom mentalsjukhusens väggar. Konsekvensen blev att de totala institutionerna och betraktarna tillsammans gjorde mentalsjukhusens funktion starkare och tydligare (Goffman, 1991, ss. 100-102).

Psykiatrin var nu inte enbart en vårdande institution med universella förklaringar och behandlingsformer av en brokig skara avvikande beteenden. För det första hade det blivit ett sätt att förstå det bortträngda och oförklarliga på ett rationellt sätt. Men för det andra var psykiatrin en del av en kulturell föreställningsvärld utanför den medicinska praktikens sociala inrättning. Den totala institutionens konturer började lösas upp och bli suddiga, psykiatrin kom att blandas med resten av samhället. Rent rumsligt blev psykiatrin upplöst och transparent, men desto mer tydlig i sitt utförande och sin kunskapsmässiga kategorisering.

Avinstitutionaliseringen: från bakom till inom

I kapitlet om den psykiatriska nosologins sociala historia framhöll jag att det inte finns någon reell definition av vad en psykisk sjukdom är. Det finns inget som åskådliggör de psykiska sjukdomarnas minsta gemensamma nämnare på ett fullgott sätt. Ett problem med psykiatrins trubbiga sjukdomsbegrepp är att det å ena sidan inte finns någon definition av en normalfunktion – den referenspunkt en person med en psykisk sjukdom avviker från. Men å andra sidan är en definition av ett normalförhållande ett vanskligt och riskfyllt projekt.

Vad som finns i DSM är kategoriska beskrivningar av olika symptom på lidande. Först genom diagnosen blir individen kategoriserad som sjuk och först då förkroppsligas sjukdomen; symptomen blir sjukdomens beskrivning och samtidigt dess innehåll.

Ett lidande och en funktionsnedsättning kan fastställas, men det är fortfarande okänt vad en psykisk sjukdom innebär mer än dess symptombeskrivningar. Vardagliga situationer och problematiska händelser i en persons biografi förvandlas genom ett medicinskt raster till bestämda patologier associerade med en behandlingsform.

Mentalsjukhusens tid varade inte för evigt och är idag en del av en historisk berättelse. Då inspärrningsmiljöernas storhetstid övergick i 1960-talets våg av avinstitutionalisering gick det successivt tillväga i Sverige, medan det på andra platser skedde mer abrupt. Den nya vågen till trots så byggdes det även i Sverige mentalsjukhus ända in på 1960-talet. Men, 1967 kom de då statligt drivna sinnessjukhusen att tas över av landstingen (Socialstyrelsen, 1982:8, s. 119). Det betvivlades dock att organiseringen med en från kroppsvården skild mentalsjukvård var effektiv.

Det fanns kritiker som hävdade att vården på mentalsjukhusen var förtäckt social kontroll och många uppmärksammade den moderna psykiatrins ironier. Sociologerna Thomas Scheff (1969), Erving Goffman (1963) var några. Psykiatrikerna Ronald Laing (1965) och Thomas Szasz (1960) var andra som visade att den moderna psykiatrin inte alltid ledde till en minskning av psykisk ohälsa utan i själva verket till en ökning. Inte bara på grund av de undermåliga förhållandena på anstalterna, utan också för att patienterna i många fall genomgick en godtycklig behandling. Efter behandlingen gick patienternas liv inte att återställas eller förbättras.

Som mest fanns det i Sverige innan avinstitutionaliseringen runt 35000 vårdplatser inom mentalsjukvården. Idag finns det ungefär 4000 platser på olika kliniker som är reserverade för patienter med symptom på en psykisk sjukdom, det betyder att 90 procent av platserna inom den slutna vården har försvunnit på 40 år. Nordamerika följer en parallell utveckling där det som mest bodde 559 000 patienter på mentalsjukhus 1955, 338 000 år 1970 men inte mer än 107 000 år 1988, vilket innebär att 80 procent av platserna försvann på 18 år (Ottosson, 2003, ss. 28-29; Shorter, 1997, s. 280). Vården av personer med en psykiatrisk problematik bedrivs alltså idag till största delen inom öppna vårdformer. Denna organisatoriska omvandling ställer andra krav på verksamheten och förändrade psykiatrins institution.

Under mitten av 1900-talet uppmärksammades det att livsvillkoren för de personer som befann sig på mentalsjukhusen och de tidigare sinnesjukhusen inte stämde överens med samtida samhälleliga värderingar. Utifrån Goffmans (1991) analys av anstalternas praktik blev de intagna avindividualiserade, och ifråntagna sin civila roll i den

privata världen. Utifrån Foucault (1977, 1988a) innebar det ett överbeskydd och en passivisering med hjälp av olika disciplinerande behandlingar och övervakningsteknologier. Annorlunda uttryckt, patienternas liv hanterades inom den moderna psykiatrin av aktörer med en medicinsk auktoritet, medan de själva varken var delaktiga eller hade inflytande över sin egen livssituation. Deras liv var helt och hållet sammanvävt med den totala institutionens disciplinerande element.

Omorganiseringen innebar ett steg på vägen mot en mer anpassad vård, psykiatrin skulle individualiseras och tillgodose en livsvärlds helhet. Organisationen fick starka beröringspunkter med socialtjänsten (Socialstyrelsen, 1982:8, s. 108, 2003, s. 10). Men efter omorganiseringen och sektoriseringen visade det sig att livsvillkoren fortfarande inte var så bra som det önskades. Trots att de levde utanför institutionerna, inkluderade i samhället, var de samtidigt exkluderade från ett samhälleligt liv. De stora sociala inrättningarna hade stängts, men de undermåliga förhållandena hade flyttat hem till personen med sjukdomen.

Förnyelsen av den moderna psykiatrin innebar att mentalsjukhusen och huvuddelen av de psykiatriska sjukhemmens uppgifter på sikt skulle upphöra och inkluderas i en samhällsbaserad verksamhet (Socialstyrelsen, 1982:8, s. 123). En ny lagstiftning fordrades som reglerade vården, när den nu tog sin form utanför inrättningarna. Personer med en psykisk sjukdom kom att innefattas i den handikappsutredning som tillsattes 1988. Det var samma utredning som resulterade i att omsorgslagen 1994 ersattes med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, där personkretsarna utökades till att även innefatta personer med långvariga psykiska funktionshinder. Med denna nya lag markerades en ny politisk inriktning, kommunerna involverades för att ge stöd till personer med en psykisk sjukdom. En psykisk sjukdom kunde likställas med ett handikapp – att vara psykiskt sjuk kunde nu beskrivas som ett funktionshinder (Socialstyrelsen, 2003, s. 10). Den psykiska sjukdomen stod på detta sätt i vägen för individen att fullt ut delta i samhället på samma sätt som de utan funktionshinder eller nedsättning.

Trots att antalet sängar inom psykiatrins slutenvård reducerades till 4000, var psykisk sjukdom förstås långt mer vanligare än så. De med en psykisk sjukdom levde nu istället utanför de totala institutionerna och deltog i samhället som alla andra utan sjukdomssymptom. Psykisk sjukdom skulle hanteras i vardagliga situationer och i sociala

sammanhang, av individen själv eller av social verksamhet. Sjukrollen utspelades inte längre bakom en anstalts dörrar, utan förkroppsligades inom ett samhällssystem genom en individs utförda sociala roll.

Nästa viktiga steg i förnyelsen av psykiatrin i Sverige inträffade 1995, med psykiatrireformen, eller psykädelreformen som den också kallas (Psykiatriutredningen, 1992). Detta var ingen reformering av den terapeutiska eller medicinska praktiken. Den åsyftade istället till att förbättra de levnadsförhållanden och de livsvillkor som varit undermåliga under tiden efter att de totala institutionerna avvecklats.[22] Psykiatrin har i och med dessa reformer blivit en politisk prioritet. Sjukdomsbegreppet ses idag tillsammans med andra frågor, såsom boendefrågor och sysselsättning. Var helst sjukdomen fick konsekvenser skall kommunen bistå med stöd och service för att underlätta för personen att fungera ”normalt”. De principer den psykiatriska vården är uppställda utifrån är fortfarande desamma, dock har dess uttryck förändrats. De totala institutionerna placerade psykisk sjukdom bakom ett galler, men reformens funktionshinder kan med Frödings rader sägas smida och nita ett galler i var och en av de personer vilka lider av en psykisk sjukdom. Principen bakom psykiatrisk vård uttrycks inte längre totalt och disciplinerande, den har tagit individuella uttryck och patienten ska av samhället få hjälp till självhjälp genom en social och uppsökande verksamhet.

Vardagslivets psykiatrisering

Psykädelreformen markerar att personer med en psykisk sjukdom i första hand är medborgare, med en psykisk sjukdom i andra hand. Foucaults analys av galenskap avslutades då Pinels projekt, genom Freud, överfördes till enskilda läkare. Dock förändrades inte dess projekt utan fortsatte genom den psykoanalytiska praktikens uttryck. Foucault skrev…

> To the doctor, Freud transferred all the structures Pinel and Tuke had set up within confinement. He did deliver the patient

[22] Ur ett vårdperspektiv finns det fördelar med de totala institutionerna. På dessa fanns det personal som kunde sörja för hela individens kroppsliga välmående. Det var inte bara psykiatriskt skolade läkare som fanns på plats det var även allmänläkare, tandläkare och psykiatrisköterskor. Men ur ett medborgerligt perspektiv finns det få fördelar. Det sociala perspektivet tog mark på det medicinska.

> from the existence of the asylum within which his ”liberators” had alienated him; but he did not deliver him from what was essential in this existence; he regrouped its powers, extended them to the maximum by uniting them in the doctor’s hands; he created the psychoanalytical situation where, by an inspired short-circuit, alienation becomes disalienating because, in the doctor, it becomes a subject (Foucault, 1988a, s. 278).

Läkaren, i detta fall psykiatrikern, var fortfarande inom den moderna psykiatrin en viktig aktör för att avkoda beteenden som sjuka, onormala och tilldela en erkänd behandling utifrån tillgängliga medicinska och då psykoanalytiska metoder. Genom psykoanalys och ny farmaka började psykiatrin under 1950-talet att befria patienterna från anstalternas slutna och rigida exkluderade gemenskap. Men fortfarande var verksamheten strängt taget riktad mot en disciplinering av individens beteende genom en psykoanalytisk situation. Under den större delen av den moderna psykiatrin intog de interagerande parterna på mentalsjukhusen en överordnad och en underordnad part. Denna tydliga struktur har, enligt Foucault (1988b, ss. 19-21), under senare tid omformulerats till att bli införlivad i vardagliga mellanmänskliga relationer utanför läkarmötet och de totala institutionerna. På detta sätt möjliggjorde eran av internalisering och disciplinering en kommande kontroll av samhällsmedborgare genom att underlätta för individerna att ”ta hand om sig själva” i sin sociala miljö. Det var nu inte bara de psykiskt sjuka som integrerades i en samhällelig miljö utanför de totala institutionerna. Psykiatrins verksamhet blev också en integrerad del av ett senmodernt samhälle.

Psykiatriutredningen (1992) skiftade fokus på verksamheten och kom att erkänna patientens biografi och inkluderade då också familjesituation och andra sociala faktorer så som sysselsättning, fritid, boende och familjesituation. Viktigt var alltså inte bara symptom och patologier, utan även patientens liv och leverne i en samhällelig och vardaglig kontext. Patienterna inom psykiatrin står inte längre enade utifrån sin plats bakom de totala institutionernas galler utan är enade utifrån att de inte anses klara av att delta i samhället på samma sätt som de utan en psykiatrisk problematik. Här vill jag mena att psykiatriutredningarna och de politiska reformerna från 1990-talets början markerar ett nytt sätt att se på, ett nytt sätt att förhålla sig till och nya sätt att hantera psykisk sjukdom och de förverkligades explicit i textdokument.

Verksamheten utvecklade ett nytt sätt att behandla ett avvikande beteende i samhället genom terapeutiska situationer och i form av såväl samhälleliga som individuella planer. Terapin utgick från den sociala människan i dennes naturliga närmiljö. Vården ska även vara socialt stödjande, vilket innebär en kontroll av sociala förhållanden och en samordning av olika verksamhetsområden. De nya terapeutiska metoderna inriktades på att personer med en psykisk sjukdom ska hantera sig själva och sina liv utan att förpassas utanför samhällets gränser till en artificiell miljö. Men de befann sig samtidigt i andra diffusa gränsland. Det var inte längre tydligt var förmågan att behandla sjukdomen kom ifrån, om det var den egna förmågan, den medicinska expertisen eller socialtjänstens verksamhet som erbjöd de mest effektiva stöd som behövdes för att lindra ett psykiskt lidande.

De vårdande institutionerna har med hjälp av politiska reformer omformulerats till att innefatta varje individs föreställningsvärld om sjukt och friskt, men också föreställningar om individuellt och socialt. Det finns en medicinsk beskrivning av psykisk sjukdom. Men den verkar och får sitt uttryck i samhället utanför psykiatrins traditionella avgränsning. Foucault (1988b) menade att på samma sätt som det finns flera olika sätt att hantera psykisk sjukdom, så finns det lika många självuppfattningar. Avvikande beteendet är således avhängigt samhällets normer. Psykiatrins praktik skulle i enlighet med detta, främst vara beroende av självuppfattning och hanteringen av sitt själv i en social miljö.

Den nya psykiatrins metoder skulle fria psykiskt sjuka från sjukdomen, vilket betydde att patienten skulle normaliseras och återanpassas från sin sjukroll till sin civila roll. Dock innebar det inte att han eller hon var fri från medicinska metoder, utan det var de som skulle återsocialisera individen till en fungerande social roll. Sätten att hantera sig själv, genom farmaka eller beteendeterapeutiska modeller, blev ständigt närvarande i vardagens vedermödor. Då man som intagen på Goffmans (1991, s. 152) totala institution befann sig avklippt från resten av samhället i en annan värld, är den moderna institutionen inklippt i samhället och representeras av den personliga världen då patienten förlikas med sin sjukdom och sjukroll. Nu lär sig patienten också psykiatrins lingo, vilket inte är en avvikelse som utan ibland även ett obligatorium. Med hjälp av stöd och service från kommun och socialarbetare, samt med medicinsk expertis från läkare och andra vårdgivare ska en psykisk sjukdom inte stå i vägen för individens självbestämmande. Individen är istället kreativt delaktig i

samhället för att sträva efter autonomi genom fria och självcentrerade val (Rose, 1996a, ss. 64-65).

Rose (1996b, s. 15) menar vidare att i den nya psykiatrin får patienten tillbaka sina möjligheterna att hantera sitt eget liv utifrån en välbetänkt vardaglig levnadsnivå och med en väl avvägd nivå av valfrihet. Självet, som en av modernitetens centrala enheter, medför en implicit tro på ett subjekts förmåga att välja och en individs förmåga att friktionsfritt fungera i en social miljö. Men den sociala miljön medför strategier för normalisering i form av stöd och service genom tolkningar av socialtjänstens lagar och kommunens riktlinjer för stöd och service. Går man in på psykiatrins område lämnas man med en normativ praktik i vilken individers uppträdande dirigeras med hjälp av initierad kunskap om psykiatriska symptom och dess effekter i ett vardagligt sammanhang. Psykiatrikern har i och med av-institutionaliseringen blivit expert på ett socialt beteendes biologiska grundkonstitution och psykologen har blivit en expert på att öka subjektets självbestämmande, menar Rose (1996a, s. 77, 2007, s. 196). Det är däremot socialarbetarnas uppgift att dirigera och hjälpa individen till en fungerande och tjänlig vardag – att sammanlänka hemmet med skolan eller arbetet. Men allt sker genom psykiatrin och med hjälp av socialtjänsten (Rose, 1996b, s. 11). Målet är att alla, även personer med en psykisk sjukdom, ska kunna stämma upp i en Ekelöfsk stämgaffelston, för och med varandra.

Socialisation via självkontroll

Psykisk sjukdom såväl som psykiatrin som organisation och verksamhet har idag blivit en naturlig del av det vardagliga samhällslivet. Psykiatri är inget enkelt eller homogent, utan består av en komplex mosaik av socialisationsprocesser, politisk styrning och parallella upptäckter av biologiska mekanismer.

Nya konturer av samhället har ritats upp, men framförallt har vår relation till våra själv förändrats – det finns nya sätt att förstå oss själva och andra i termer av fria individer (Rose, 1996a, s. 13, 2007). Ofrihet finns inte i den bemärkelsen att ”den andre”, eller andra sociala eller materiella hinder är i vägen. Medicinsk forskning går längre in i kroppen och visar att endorfinnivån skapar ett visst beteende, att hjärnans hippocampus och frontallob påverkar amygdalan på ett visst sätt så att symptom uppstår; vilket orsakar en fuktionsnedsättning som påverkar ett framtida socialt liv. Neuropsykiatriker söker orsaken till dessa nedsättningar inom individen, medan socialarbetare i en

annan del av verksamheten söker hindren som finns utanför. På detta sätt blir ofrihet förklarat med hjälp av de medicinska vetenskapernas diskreta sjukdomsbeskrivningar, vilket innebär att en individ är först och främst ”hindrad” av hinder i den sociala miljön. Individuella nedsättningar kan däremot optimeras med hjälp av psykiatrikern.

Resonemanget bär fortfarande ett eko från den tid då 1800-talets galningar inte kunde delta i arbetarkollektiven och bidra till det moderna industrisamhällets framväxt. När det sena 1900-talets funktionshindrade och 2000-talets funktionsnedsatta inte kunde delta i samhället som fria autonoma individer dirigerades de med hjälp av samhällelig verksamhet till exempelvis ett jobb och ett särskilt boende de klarar av. De grundläggande elementen för att delta i samhället får de hjälp med, men samtidigt underställs de den terapeutiska psykiatriska auktoriteten för att själv kontrollera sin vardag (Rose, 1996a, s. 17).

Sjukdomen är alltid nära men den är inte tillräcklig för att någon ska tappa sin position, vardagen normaliseras så att sjukdomen inte hindrar subjektets självbestämmande och individens autonomi. Denna fragila uppdelning mellan det kreativa subjektets självbiografi och samma subjekts tillskrivna biografi problematiserar jag tydligare som en gemensam utgångspunkt i avhandlingens samtliga delarbeten. Den tillskrivna psykiatriska och sociala biografin struktureras utifrån ett brett register av psykiatriska principer och samhälleliga verksamheter som tillsammans för handlingen framåt i en persons livshistoria. Psykiatrins principer har blivit en ständigt närvarande del i individens vardag och biografi och kan likställas med andra principer som ska underlätta ett medborgerligt liv.

Ulrich Beck (1992) menar i sin bok *Risk society* att institutionella element och expertroller intervenerar och blir en naturlig del av vardagen. Det är något som tydligt gäller personer med en psykiatrisk problematik, men också för personer utan. Har man en psykisk sjukdom blir det vanligt att stödjas av flera aktörer, vilka påverkar levnadsförhållanden och levnadsbanan. Under de stora inspärrningsmiljöernas tid var det inom dessa miljöer individens vardag reglerades och genom en fastställd plan om hur framtiden kom att se ut. Idag regleras sjukdomens konsekvenser på avstånd i det vardagliga samhälleliga livet. Rose (2007, s. 229) beskriver detta som mikropolitik och kontrollpraktik. På så sätt har psykiatrin blivit den psykiska hälsans nya regleringsmatrix. Den är numera aktiverande, utanför de totala institutionerna och handlar lika mycket om individens

självkontroll som den handlar om en kontroll av samhälleliga institutioner.

> [The psychiatric professionals] would have an additional role. They were not simply to cure or to contain, but to administer persons across this 'system', to make diagnosis which would be performative in the sense that they would determine where an individual would be directed within this archipelago of sites of professional-client interaction – halfway houses, concept houses, day-care centres, day hospitals, etc (Rose, 1996b, s. 12).

Vården har blivit samhällsbaserad och intervenerar i vardagliga vedermödor, men dess sjukdomsförklaringar är medicinskt baserade och intervenerar inomindividuellt. En levnadsbanas förlopp planeras av olika experter och individuella behov tillfredställs inte längre av en och samma källa utan av ett multidisciplinärt sammansatt team. Rose (1996b, ss. 9-11) menar att dessa team är delaktiga i en mikropolitk och en kontrollpraktik. De är alla experter som hanterar och reglerar olika delar av vardagens vedermödor så att en person med psykisk sjukdom ska bli delaktig i sin vardag. På så vis vill jag mena att psykiatrin handlar om kontroll av självkontroll; att förhindra att psykisk sjukdom ska vara ett skäl till att ramla ut ur ett samhällsmaskineri.[23]

Slutsatser

Psykiatrins organisation och verksamhet har ändrat form och även dess mål har förändrats. Från att ha varit en disciplinerande total institution befinner sig personen med en psykiatrisk problematik inom samhället – det egentliga arbetet som utförs sker utifrån en socialt beskaffad praktik. Psykiatrins verksamhet har spridits in i de sammanhang där en medborgare lever den största delen av sitt liv. Men för att detta ska vara möjligt krävs det dels självkontroll och dels en kontroll av relevanta institutioner och sociala sammanhang.

[23] Detta arbetssätt har kommit att kallas för Casemanagement och är en Nordamerikansk stöd och behandlingsform från sent 1970-tal. När de psykiatriska sjukhusen stängdes fanns det ett behov av att samordna den service en psykisk sjukdom krävde utanför klinikerna. Casemanagers skulle tillgodose detta behov (Burns, et al., 2005).

Förnyelsen av psykiatrin innebar att mentalsjukhusen och huvuddelen av de psykiatriska sjukhemmens uppgifter skulle upphöra och inkluderas i en samhällelig verksamhet. Psykiatrireformen var en milstolpe i denna utveckling – vården sker idag mer i en vardaglig kontext. Den forna patienten är en medborgare som ska hantera sitt eget liv, dock ska den samhälleliga verksamheten hjälpa till att normalisera den sociala omgivningen.

Den psykiatriska verksamheten är medicinsk men intervenerar i vardagliga samhälleliga vedermödor. De forna psykoanalytiska etiologiska förklaringarna för lidandets uppkomst har till stor del lämnat den nya psykiatrin. Istället för att centrera en terapeutisk praktik på det händelseförlopp som lett fram till ett lidande är den nya psykiatrins objekt kontrollen av det framtida livets fortskridande. Den nya psykiatrin ska optimera individen för att minska den ofrihet som associeras med en psykisk funktionsnedsättning, det sociala ska undanröja hindren.

5. Avslutning

I denna avslutande del kommer jag att diskutera de politiska reformernas betydelse i ett större sammanhang. Normaliseringsprincipen, innebär att levnadsvillkoren för en person med psykisk sjukdom skall nå en liknande levnadsnivå, som personer inom samma sociala skikt utan psykisk sjukdom har. I utvärderingen av reformen står det skrivet, ”Man kan också uttrycka det så att de har rätt att leva ett liv som liknar det personer i samma ålder utan funktionshinder förväntas leva” (Socialstyrelsen, 2003, s. 12). Integreringsprincipen innebär att även om en psykisk sjukdom finns, skall personen vara närvarande i sociala sammanhang. Personer som förr hade bott på totala institutioner integrerades i allmänna bostadsområden, på arbetsplatser, i skolor och i utbildningar. Integreringslösningarna innebar ofta generella lösningar istället för särlösningar. Delaktigheten som förordas verkar på två plan, det är dels delaktighet i samhällslivet och dels delaktighet i den egna vårdsituationen. Principerna vilar på en ideologi som kan sägas utgå ifrån grundsatsen om att alla ska ha rätt till en föreställd normal levnadsnivå (ss. 12-13). 1990-talets reformer innebar att det hade blivit en rättighet att vara som normen, en rättighet att vara som föreställningen ”alla andra”, vilket förutsatte en utvidgning av samhällets marginaler.

Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade gäller, som sagt, inte bara personer med en psykisk sjukdom. Den gäller också personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller autismliknande tillstånd samt personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder eller hjärnskada i vuxen ålder, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom. Föreliggande avhandlings urval innefattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service (Norström, et al., 2005, s. 382). Den grupp jag intresserat mig för är alltså den grupp som kan få tillträde till vissa rättigheter genom att ha psykiska funktionsnedsättningar. Klart är att om någon omfattas av vissa rättighetslagar, kan han eller hon inte

delta i samhället på ett sätt som är optimalt utifrån ett normalförhållande. Det är en rättighet att leva i likhet med normen.

Från implicita principer och explicita uttryck till implicita uttryck och explicita principer

> Let's say very briefly that through studying madness and psychiatry, crime and punishment, I have tried to show how we have indirectly constituted ourselves through the exclusion of some others: criminals, mad people, and so on (Foucault, 1988c, s. 146).

I den historiska genomgången av psykiatrins nosologi visade jag att dess sjukdomsbegrepp kommer från det tidiga, moderna västerländska samhället då ”galningar” och ”dårar” låstes in för att de inte kunde leva i den nya så kallade, rationella världen (Foucault, 1988a). De forna mekaniska gemenskaperna som byggde upp lokalsamhället integrerades i organiska samhällsformer. Visserligen var familjens funktion som en social och ekonomisk enhet mer framträdande än individens enskilda betydelse under denna tid, men små avvikelser i en familjemedlems beteende kunde få betydande konsekvenser för hela familjens förutsättningar att klara sig. Om en individs beteende påverkade familjens möjligheter att delta i samhällets ekologi, orsakade detta bistra levnadsvillkor för hela familjeenheten (Riving, 2008, ss. 124-125). Moderniseringen gjorde det legitimt att låsa in individer med svårigheter att anpassa sig efter samhällets behov och familjens önskningar att stärka sin ekonomi och sitt välstånd. Uttryckt annorlunda innebar det att låsa in dem med en oförmåga, eller ovilja, att leva upp till den av lokalsamhället förväntade rollen. Detta gjordes sedermera utifrån ett medicinskt mandat baserat på den nya kunskap och de vetenskapliga landvinningar upplysningens ideal innebar för den moderna psykiatrin.

Vi kan kalla detta för ett sätt att reglera individer utifrån det moderna samhällets basala principer om ett kumulativt framåtskridande. Hospitalen och de andra platser, dit galningarna förpassades, är märkta av den historiska process de växte fram ur. De var uttryck kopplade till en samhällsordning och blev en inrättning som moderniseringsprojektets framstegsscenario krävde. De totala institutionerna blev på detta sätt politiska och innebar implicita antaganden om den normala samhällsmedborgaren. Men dess uttryck

var explicita. De intagna reglerades dels genom att lokaliseras till en särskild rumslig och geografisk plats med ett eget tidsschema och dels genom att ingå i en praktik strikt styrd utifrån en övergripande tanke om korrektion. Den tidiga moderna psykiatrins praktik fokuserade under de stora inspärrningsmiljöernas tid på kroppar som skulle avprogrammeras för att samtidigt omprogrammeras – en återanpassning genom anpassning. Fysiska kroppar stängdes in, experimenterades på, isolerades bakom och exkluderades från resten av samhället (Foucault, 1977, s. 138; Giddens, 1984, s. 148; Goffman, 1967). Trots de dåliga förhållandena som rådde på inrättningarna var det många som ville ta del av vården och den fristad de innebar. Detta gjordes utifrån samhällets goda vilja att utveckla ett modernt och industrialiserat samhälle men också utifrån humanistiska föredömen om att vårda och lindra.

Nya uttryck

Trots att psykiatrin kom att bli något bortom individen var syftet att bidra till individens bästa i bemärkelsen att den enskilde skulle få ett bättre liv. Men ett bättre liv nåddes knappast inom inrättningarna, då psykiatrin fortfarande var en ung vetenskap. Med tiden inbegreps den psykiatriska kunskapen i olika totalitära ideologiers syften. De medicinska vetenskapliga framstegen kom att blandas med kulturella och samhälleliga uttryck förknippade med den historiska tid de uppstod i. Uttryckt i Foucaults termer blev psykiatrin, under början av 1900-talet, en tydlig politisk maktteknologi som användes för att reglera individers beteende genom att disciplinera kroppar, eller det förkroppsligade subjektet, utifrån ett övergripande mål (Foucault, 1988b, ss. 18-19). Målsättningarna uttrycktes genom att exkludera individen från samhällets helhet, där han eller hon störde en ordning (Goffman, 1991, ss. 163-164). Uttrycken för dessa implicita mål och principer var däremot tydliga och explicita.

Inom sociologin finns det flera olika berättelser om självets uppkomst och relation till samhälleliga mekanismer och dess gemenskaper. Urberättelsen torde vara Ferdinand Tönnies om Gemeinschaft och Gesellschaft, men som Johan Asplund (1983) beskriver det, så har Tönnies distinktion haft en fascinerande förmåga att föröka sig. I vilket fall handlar denna förökande berättelse om hur individens betydelse mejslats fram ur den övergripande gemenskap han eller hon är en del av. Individen har uppstått i relation till en

historisk kontinuitet från det traditionella livet till det moderna projektet.

Jag vill betrakta den genomgång jag gjort av psykiatrins kunskapstradition och historien bakom dess sjukdomsbegrepp som en berättelse om hur psykisk sjukdom uppstått i relation till tanken om den moderna individen. Men också hur psykisk sjukdom numer ingår i och omges av samhälleligt motiverade kontrollmekanismer – snarare än medicinska disciplineringsprocesser. I de två första delarbetena visar jag hur dessa mekanismer tagit sitt uttryck i en psykiatrisk praktik och medfört en social problematik genom psykiatrikerns medicinska mandat. Jag visar också hur en migrationsproblematik fått en medicinsk beskrivning genom psykiatriska gränsdragningar. Uttrycken för kontrollmekanismerna vi förr tydligt kunde se införlivade i totala institutioner är idag inte lika explicita. De är fortfarande närvarande, men de har tagit sig andra uttryck och finns i andra praktiker.

Däremot, menar jag att psykädelreformens tre principer, normalisering, delaktighet och integrering, är explicita. Handikappolitiken innebär att vardagliga hinder som finns ska normaliseras genom en verksamhet med social kompetens – vardagen kan vara hindrande men ska inte innebära ett hinder för att aktivt delta i ett samhällsliv. Däremot kan en psykisk funktionsnedsättning innebära en bristande möjlighet delta, denna nedsättning övervinns med den nya psykiatrins medicinska mandat att tilldela relevant terapi och behandling. Psykiatrins medicinska praktik förkroppsligas i ett läkarmöte och införlivas i och med att patienten förenas med sin sjukroll och får en tillskriven biografi. I prologen illustrerade jag metaforiskt denna numer implicita kontrollmekanism med Ekelöfs telefontrådars sång. Enhetliga själv som på ett självreglerande vis uppträder i en kör, där alla deltar och är integrerade. Men framställningen av körens reglering får inte yttras i sådan utsträckning att den bryter kontraktet om den autonoma, delaktiga och självbestämmande individen (Rose, 1996a, s. 28). Livssituationen och vardagen för personer med en psykisk sjukdom har normaliserats, de har som individer inkluderats i samhället. Formen och uttrycken för psykiatrins explicita principer är idag implicita, förkroppsligade i en sjukroll, men bidrar fortfarande till samma mål – att återanpassa.

Avvikelsens nya skalering

> Disease ceased to be problematized in terms of speices or essences: rather, disease became what the doctor saw in the fabric of the body; disease, that is to say, became a relation between a form of visualization or symptomatology (…) and a set of procedures for organizing medical statements (Rose, 1999, s. 57).

Sjukrollen, så som den ursprungliga definitionen lyder, innebär en tillfällig befrielse från en ursprunglig roll och alldagliga förväntningar. Den innebär också ett obligatorium att söka den hjälp som krävs för att återgå till sin ursprungliga position. Denna hjälp tillhandahålls av en läkare och utfärdas i ett patientstyrt läkarmöte, där läkaren har en tydlig auktoritet att bevittna, granska och diagnostisera den kropp han eller hon har framför sig. Eftersom det psykiatriska sjukdomsbegreppet är trubbigt och ibland godtyckligt blir läkarmötet som utspelar sig på den psykiatriska scenen annorlunda än mötet som utspelar sig då en somatisk symptomatologi ska visualiseras. Något ska korrigeras, någon lider, men det är otydligt av vad och varför. Förr var det kroppar. Idag är skalan för den psykiska sjukdomen förändrad, det är deskriptiva symptom istället för en individuell avvikelse från en norm.

Modernitetsprojektets grundläggande princip om självets autonomi och förverkligande är fortfarande central. Men den nya psykiatrin verkar för en sammanföring av olika samhälleliga institutioner snarare än en internalisering av en total institutions centrala plan, eller av en psykoanalytisk situation. Sjukdom är fortfarande ett avbrott i vardagslivets kretslopp, men de kan kontrolleras. De institutioner som har ansvar för att återställa och återanpassa uttrycks annorlunda och agerar på andra nivåer (Rose, ss. 199, 210). Det kan uttryckas som att avvikelsen har fått en ny skala, den konkretiseras nu inomindividuellt som nedsättningar, eller som inre dysfunktioner. Då sjukdomsbegreppet förändrades i DSM III, förändrades också livet för personer med en psykisk sjukdom.

Definitionen av psykisk sjukdom har förändrats. Från att handla om individens funktion i en helhet, i en strukturfunktionalistisk organism, handlar det nu om en dysfunktion, om än diskret och oklar. Sjukdomen är belägen inom den enskilda individen, men dess behandling sker på avstånd. Den avreglerade psykiatrins explicita principer ligger implicit inympade i organisationens olika aktörers

samordnade rollutförande – uttrycken är implicita medan principerna explicita.

Avslutande och sammanfattande diskussion

Konsekvenserna av de moderna medicinska institutionerna, modernitetens individualisering och avinstitutionalisering är att sjukdom inte är ett hinder för att delta i samhället. Men för att få tillträde till de rättigheter vissa rättighetslagstiftningar innebär, krävs det en sjukdom av omfattande karaktär. Sedan psykiatrin professionaliserades har läkaren och patienten hamnat i en klientstyrd parrelation, med läkaren som självklar auktoritet på fältet.

Den nya psykiatrin som organisation genomför sin verksamhet som en avreglerad institution utifrån explicit formulerade principer, vilka återfinns i olika socialtjänstlagar och statliga direktiv. Principerna är ämnade att integrera även de som inte har möjligheter att delta i samhället till fullo. En distinktion måste här göras vad gäller den praktiserande psykiatrikern. Är det behandling, eller rehabilitering som är aktuellt? Det förra innebär att reducera symptomen av sjukdomen, medan det senare innebär att förbättra sammanhanget, så att individen kan delta i samhället (Levinsson, 2008, s. 125). Men oavsett vilket, är praktikens mål den övergripande tanken att göra patienten deltagande, integrerad och normaliserad utifrån en av samhället definierad norm. Denna norm är, förstås, inte uttryckligen definierad. Men finns i föreställningarna om en levnadsnivå som är likställd den de utan nedsättning har, vilket uttrycks i individuella planer. Men utifrån senmoderna tankar vill jag hävda att den är intimt sammankopplad med biografisk kontroll och framtida förutsägelser i en allt mer bräcklig tillvaro. Det är just i detta gränssnitt psykiatrin som institution kommer in och skriver om en biografi utifrån standardiserade sjukdomsbeskrivningar kontrollera framtida händelseförlopp.

Med nedanstående tre figurer vill jag sammanfatta de huvudsakliga delarna av vad jag i denna avhandling har problematiserat. Dessa figurer kan tyckas generella och applicerbara på i stort sett vilket fenomen som helst. Men jag använder figurerna för att markera de tre enheter vilka tillsammans möjliggjort framväxten och omvandlingen av den moderna psykiatrin. Psykiatrins form är betingad av det historiska, samhälleliga och kulturella sammanhang den är en del av. Med historia avser jag en utveckling och förändring som är tidslig och platsbunden. Med kultur avser jag i första hand den psykiatriska kunskapsinriktning en historisk utveckling medfört. Med samhälle avser jag slutligen den struktur som medborgare tillsammans organiserar genom politiska, ekonomiska och institutionella arrangemang. Renässansens nyfikenhet och upplysningens vetgirighet är exempel på kulturella uttryck som fick konsekvenser på den psykiatriska kunskapstraditionen – medan de totala institutionerna är exempel på hur samhället organiserat omhändertagandet av sjuka utifrån politiska och ekonomiska intressen.

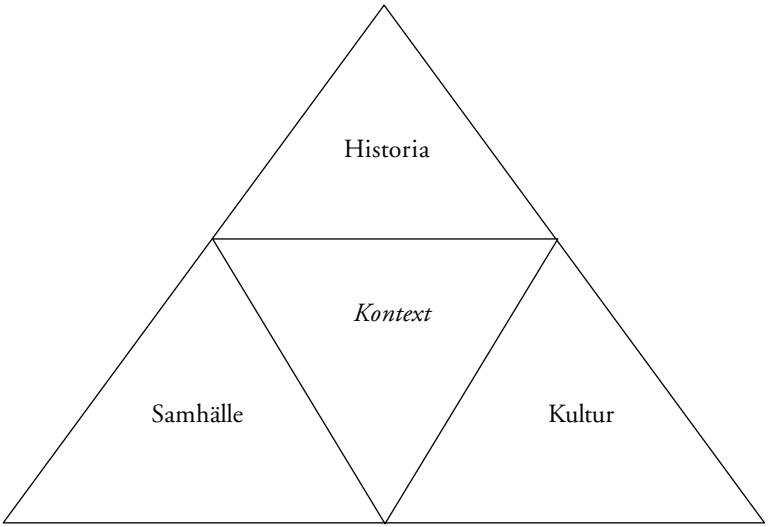

Fig 1: Psykiatrins kontext

Psykiatrin har också en form. De tre mest signifikanta delarna av psykiatrin som jag har diskuterat i avhandlingen är dess

organisatoriska struktur, dess institutionella arrangemang och dess individer som handlar utifrån ett rollspecifikt beteende.

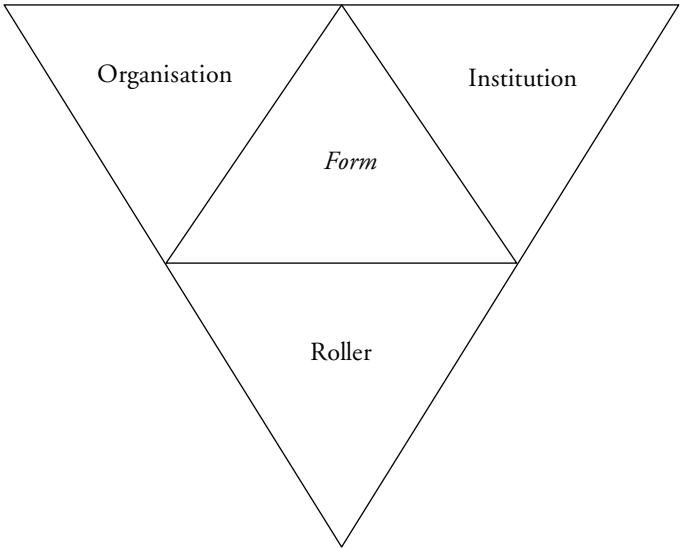

Fig 2: Psykiatrins form

Den organisatoriska strukturen är alla delar som har med vården av personer med en psykisk funktionsnedsättning att göra. Jag har fokuserat på psykiatrin med ett medicinskt mandat som ska bidra till att underlätta förutsättningarna för integrering av individen. Jag har fokuserat på de organisatoriska delar kopplade till socialtjänsten, som ska underlätta normaliseringen. Med institution åsyftas den verksamhet organisationen utgör, den institution som förr var total men nu avinsitutionaliserad och avreglerad. Det är en verksamhet som ska öka delaktighet i ett samhälleligt liv utifrån ett implicit mål. Genom en samordning av organisationens olika delar menar jag att psykiatrin kontrollerar omgivningen som en person med en psykisk funktionsnedsättning idag lever inom. Min slutsats med denna inledning är att den totala disciplinerande institutionen därmed har blivit en kontrollinstitution. Roller är den minsta enheten jag behandlar, den del som förkroppsligar verksamheten och dess form i

en mellanmänsklig interaktion. På så sätt är det också i rollen som de biografiska elementen sammanvävs med en individs livshistoria. Ur ett patientperspektiv är det inom sjukrollen som spänningarna mellan den självbiografiska berättelsen och den institutionellt konstruerade psykiatriska biografin aktualiseras.

Dessa två första figurer hänger ihop då figur två fyller ut mellanrummet i figur ett. Sammanhangets tre delar och de tre delar som psykiatrins form representerar illustrerar också dess innehåll, vilket är psykiatrins praktik.

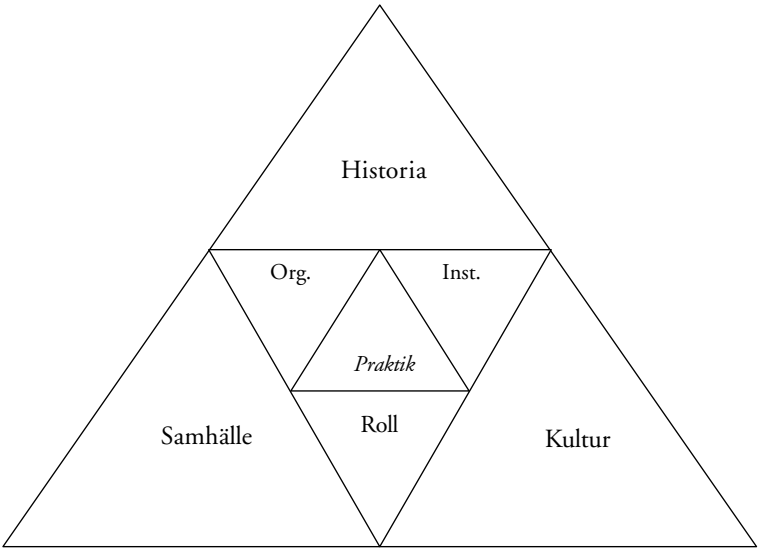

Fig 3: Psykiatrins praktik

Det historiska, samhälleliga och kulturella sammanhanget är förutsättningen för en verksamhet som ett institutionellt arrangemang samt en organisatorisk strukturs och en rolluppdelnings relationer. Tillsammans bildar de sex olika delarna ett utrymme för den kontextuella och övergripande specifika praktik som präglar det psykiatriska fältet.

Avslutningsvis kan denna komplexa praktik kan förstås med hjälp av argument Pierre Bourdieu (1977, ss. 116-118) för i sin bok *Outline of a*

Theory of Practice. Bourdieu menar att en praktik är en verksamhet vilken förenar en myt med ett totalt och empirisk sammanhang, materiellt såväl som historiskt. Det finns föreställningar och idéer, förmedlade genom utbildning, direktiv eller möten där information konstrueras samt förs vidare, dessa föreställningar intervenerar i hur en praktik utformas. Omvänt skulle denna tredelade figur också innebära att om en praktik ska förstås måste även den ekologi praktiken är en del av först begreppsliggöras. Vad som sker i en interaktion eller i en verksamhetsutövning sker inte bara där och då varken ensamt eller isolerat. I händelsen finns en organisations struktur sida vid sida med myten om hur verksamheten idealt ska utföras. I praktiken införlivas de mål organisationen är utformad utifrån och de explicita principer som styr verksamheten. Med denna figur vill jag åskådliggöra de delar jag fokuserat på för att förstå den förändring som först var centrerad kring disciplinerande praktik till att vara formulerad som en kontrollerande och samordnande praktik.

6. Metod: En berättelse om tillblivelseprocessen

Det empiriska materialet i delarbetena är insamlat med hjälp av intervjuer. När jag nu ska redogöra för hur jag gått tillväga kommer jag inte bara att beskriva intervjuförfarandet utan också hur forskningsfrågan förändrades under arbetet med materialinsamlingen. De slutliga problemformuleringarna och syftena för avhandlingen skrevs först då materialet var insamlat. Det var egentligen då det stod klart för mig vilken fråga som besvarats och vilka problem som hade utretts. Jag skulle inte vilja säga att jag har arbetat induktivt, mitt arbetssätt följer snarare ett abduktivt angreppssätt såsom pragmatikern Charles Pierce (1903) formulerat det. I delarbete IV redogör jag mer ingående för mina tankar rörande detta arbetssätt. Genom att i föreliggande kapitel beskriva hur jag gått tillväga i mitt arbete redogör jag främst för hur jag fick tillgång till det material som ligger till grund för de resultat jag presenterar i de fyra delarbetena.

Underlaget för denna metoddiskussion är mestadels minnesanteckningar från den tid då jag samlade in materialet. Vissa anteckningar i anteckningsblock är idag svårförståeliga. En del har nedtecknats i en mer narrativ form när jag skrivit ner mina tankar för att åskådliggöra ett tema kopplat till materialinsamlingen. Minnesanteckningarna är sparade som textdokument kallade saker som ”metoddiskussion”, ”metodtänk”, ”fältanteckningar” eller ”metoddagbok” i en mapp kallad ”metod”.

Att vara vilse men ändå ta sig fram

Att göra en kvalitativ intervjustudie om psykiatrin har inneburit en orientering på, ett för mig, nytt fält. Vid ett flertal tillfällen har det varit som om jag har gått i cirklar och plötsligt upptäckt att jag var vilse. Trots att jag hade gått in på fältet, gjort val och tagit beslut om det jag trodde var den bästa vägen, var riktningen plötsligt borta och jag befann mig istället på en irrfärd. För att övervinna hindren på min

färd och komma framåt var jag tvungen att göra nya val och ta nya beslut.

På så vis har för min del orienteringen på ett psykiatriskt fält handlat om en nyorientering och om hur problem jag stött på och från början inte hade räknat med använts för att omformulera problem, syften och frågeställningar. Jag vill mena att hinder och svårigheter har förändrat min orientering – men samtidigt förstärkt mitt fokus.

Den största delen av denna metoddiskussion tar upp några av de bekymmer som är kopplat till att komma in på ett fält samt svårigheter med urvalsproceduren av intervjupersoner. Denna procedur är inte alltid lätt att förutse. Allt som oftast är det andras val som för forskaren framåt till en informant som slutligen kommer till tals. De beslut forskaren från början tagit skapar, genom andras inverkan, en framkomlig väg till ett urval. Även om urvalet är betingat av andras intressen är det likväl detta material som resultaten grundas i. Den metodologiska fråga jag vill behandla i detta kapitel är hur det kom sig att jag intervjuade de som i slutändandan kom att representera urvalet. De personer jag mött på min väg har påverkat den bild av den psykiatriska verksamheten, vilken jag delvis för vidare.

Ibland riktas kritik mot vissa kvalitativa intervjustudier, som innebär att forskaren egentligen inte vet vad som görs förrän det är gjort. Denna kritik brukar grundas i argumentet om att det inte finns någon stringent forskningsdesign som är konstant under kunskaps-produktionen. Den precisa metoden är från början inte fastställd – inte heller problem, syfte eller frågeställningar. Nu vill jag mena att en med tiden förändrad design egentligen är en av arbetsförfarandets starkare sidor. Tack vare kvalitativa studiers föränderliga natur blir de svåra att genomföra då forskningens metodologiska knep, som Howard Becker (1998) kallar det, är avhängiga den forskning man själv utför och de sammanhang man hamnar i. Ingen har tidigare gjort samma sak innan det har gjorts och ingen kan heller göra om samma studie och få samma resultat. I kvalitativa intervjustudier har varje forskare sin metod och kanske är också forskaren sin egen metod.

Att gå vilse är också ett sätt att få nya insikter om hur det är möjligt att ta sig fram. På samma sätt som när man går vilse i en skog eller stad, arbetar den kvalitativa tolkande forskaren sig fram med hjälp av riktlinjer och fokus. I skogar tittar vandraren mot solen, på stjärnor och på myrstackar; i intervjuer fokuserar forskaren på beskrivningar, erfarenheter, uttryck och händelser. I städer fokuserar flanören på

urban struktur och gatusystem för att ta sig fram. Genom att bibehålla fokus tar man sig vidare och ser förhoppningsvis utvägar och får reda på saker som hjälper till att omorientera sig.

Det slutliga resultatet och problemformuleringarna i avhandlingens inledande del och fyra delarbeten är grundat i det andra berättat för mig. Det som har berättats är märkt av de frågor jag har ställt och hur jag betett mig i intervjusituationen, vilket har påverkat hur informanten svarat och reagerat på mina frågor. En intervjusituation är en interaktion som utvecklas olika beroende på tillfälligheter och sociala samspel precis som vilket samtal som helst (Hydén, 2008; Temple, et al., 2004). Det är således svårt att bedöma vad som är rätt och riktigt, eftersom det som känns rätt i intervjun är rätt för situationen.

Reliabilitetsbedömningar innebär att på ett grundligt sätt reflektera kring både systematiska och slumpmässiga felbedömningar. De två psykologerna David Streiner och Geoffrey Norman (Streiner, et al., 2008, s. 168) menar att reliabilitetsbedömningar är relevanta när samma mätningar ska göras vid olika tillfällen. Inom kvalitativa metoder görs dock tolkningar och oftast inga mätningar. Det finns oändligt många systematiska likväl slumpmässiga felbedömningar, men samtidigt är de obefintliga eftersom det i situationen bestäms vad som är rätt och riktigt. Det samma gäller förstås det andra måttet på vetenskaplighet, validitet. Validitet är ett mått på reproducerbarhet, det vill säga, att samma frågor ska besvaras på samma sätt av samma individ under olika förhållanden (Streiner, et al., 2008, s. 247). Men en kvalitativ studies resultat är inte reproducerbart och det är inte heller önskvärt att det skulle vara så. Dock kan studien vara replikerbar för att utveckla det resultat som ursprungsstudien producerade.

Fördelen med kvalitativa studier är istället att resultat och problemformulering passar det material som samlats in och säger något unikt om det som studerats. Catherine Kohler Riessman (1993, ss. 64-68) menar att viktiga mått på vetenskaplighet inom kvalitativa studier är om analysen är plausibel, om den koherent, om den är användbar och om den stämmer överens med det som analyseras. Kvalitativ forskning ska också 1) vara övertygande; 2) relevant utifrån dess sammanhang och 3) förändra uppfattningar för att möjliggöra nya perspektiv som förhoppningsvis leder till att nya frågor ställs och nya problem formuleras. På så sätt kan samhällsforskare göra mycket med lite fakta, skriver Becker (1998, s. 211). Den centrala arbetsuppgiften är att skapa en bild av det vi studerar och förfina denna på ett trovärdigt sätt under arbetets gång så att den förändrar

det rådande perspektivet. Forskningen ska vara övertygande och relevant, vilket den blir om svårigheter och hinder övervinns då de uppstår.

En väg med flera portvakter

För insamling av material finns det idag ett antal existerande och begreppsliggjorda förfaranden att tillgå. Intervjupersonerna kan till exempel vara utvalda randomiserat, strategiskt, bekvämt eller teoretiskt (Trost, 2005, ss. 118-120). Ett randomiserat urval innebär principiellt att urvalet är sammansatt så att det representerar en större population. Vad gäller livshistoriska sociologiska studier, som jag främst använt mig av, handlar det sällan om att nöja sig med ett randomiserat urval av informanter. Ambitionen är inte att grunda representativa slutsatser om det som sägs. Det specifika med dessa studier är att vi får kunskap *från* de personer vi möter *om* deras liv. Av mindre intresse är dock egenskapernas proportion i relation till resten av den population urvalet kommer från (Becker, 1992, s. 213). Slutsatserna är inte avsedda att gälla, och ska inte heller gälla, de individer som inte inkluderats i urvalet. Ändå drar forskaren slutsatser om något mer generellt än den självbiografiska berättelsen i sig. Svårigheten ligger i att ta det som sägs och infoga det i en sociologisk och teoretisk referensram utan att göra våld på det som ursprungligen formulerats, menar Bourdieu (1977, ss. 79-82). Det är inte heller önskvärt att intervenera i, eller göra våld på, de intervjupersoner man möter genom intervjufrågor eller senare resultatpresentation. Dessa etiska problem löses ofta genom att öppet informera om syftet med intervjuerna, att ge informanterna möjligheten att när som helst avsluta eller ta tillbaka intervjumaterialet. Vid resultatpresentationen väljs fingerade namn och irrelevant information som kan röja intervjupersonens identitet döljs.

Grundprincipen för livshistoriska studier är att det alltid är någon som berättar om sina till synes unika erfarenheter (Dollard, 1935). Varje persons berättelse står för sig själv, men representerar samtidigt något mer. Det ”jag” som berättar är unikt, medan ”det” de berättar ska istället betraktas som något gemensamt och ickeunikt (Bourdieu, 1999, s. 614).

Materialet för denna studie består inte av individer utan av historier som är betingade av de personer jag talat med. Det är omöjligt att någon annan levt det liv informanten jag kallar Ina berättade om.

Samtidigt är det lika svårt att påstå att andra inte kan känna igen sig i just hennes berättelses helhet. Tanken är att andra kan identifiera sig med hennes livs händelseförlopp, trots dess unika innehåll. På detta sätt, menar den italienska filosofen Adriana Cavarero (2000, ss. 29-30), gäller det att uppvärdera det specifika i berättelserna och dess relevans för det generella de kontrasterar. Först i den självbiografiska kontrastens relation till något generellt kan ett kvalitativt material inordnas kategorier som säger något om den kollektiva apparat och sociala mekanismer individerna är delar av.

De självbiografiska berättelserna jag lyssnat till står för sig själva, de är unika. Samtidigt kan de, i enlighet med Beckers (1992) resonemang, förfina en bild av en kollektiv helhet. I sin bok *Till frågan om metoden* ställer Jean Paul Sartre (1984, s. 49) detta problem på sin spets. Han skriver: ”Valéry är en småborgerlig intellektuell, det är det inget tvivel om. Men varje småborgerlig intellektuell är inte Valéry”. Sartre ville illustrera en otillräcklighet inom den marxistiska analysen av enskilda personer. Valéry har ingått i en process som gjort honom till den han är inom en given klass – i ett givet samhälle och vid en given tidpunkt. Enbart de förhållanden som betecknar Valéry som småborgerlig ter sig tillfälliga och slumpmässiga om de inte sätts i relation till en större helhet. Frågan för den livshistoriska forskaren är vad det är för helhet som de unika levnadshistorierna är en del av.

För att jag överhuvudtaget skulle kunna röra mig i den för mig nya miljön, måste först en ”portvakt” etableras. Det behövdes någon som kunde dirigera mig i en riktning passande för studien (Fangen, et al., 2005, s. 75). Det ska sägas att min ursprungliga problemställning och syften vid den tidpunkten var annorlunda. Nu är det inte ovanligt att problemställningar omformuleras, ofta är det en nödvändighet för att ett insamlat material överhuvudtaget ska kunna tillföra något relevant och vara övertygande. Min ursprungliga problematisering handlade om det eventuella dubbla stigma en person med migrationsbakgrund och en psykiatrisk diagnos upplever. Jag hade redan då jag började på forskarutbildningen tankar om hur stigma fungerade i relation till psykisk sjukdom och etnicitet. Då jag ville utforska huruvida mina föreställningar om stigma hade en giltighet i ett specifikt urval valde jag ett teoretiskt urval. Men jag hade varken någon direkt förkunskap eller någon teoretisk idé om just denna tilltänkta grupps livserfarenheter. Problemformuleringen var därmed ofärdig och tanken var att jag, med mitt tilltänkta empiriska material, skulle förfina den.

För att välja ut deltagare till studien hade jag två uppställda kriterier – att informanterna skulle ha erfarenheter från en migrationsprocess och att de skulle ha erfarenheter av psykiatrin. I princip kunde jag börja brett och intervjua vem som helst så länge dessa två kriterier uppfylldes, för att i ett senare skede utkristallisera undergrupper. Men för att detta skulle vara möjligt behövde jag etablera en kontakt med någon som hade kunskap om och var en auktoritet på det fält där jag trodde att denna tilltänkta urvalsgrupp fanns.

Enligt de flesta handböcker i kvalitativ metod gäller att om en kontakt väl etableras på fältet sätts en ”snöboll” i rullning (Fangen, et al., 2005, s. 63). Tanken är att den initiala kontakten ska generera mer och mer informanter då de tipsar om vilka vägar som kan leda vidare. Informanterna på fältet är de som är mest kunniga eftersom det är där de lever eller är verksamma. Det finns egentligen två generella problem med detta förfarande. Ett problem är att det är svårt att på förhand bestämma i vilken riktning och form forskningen kommer att ta då informanten kanske har en annan uppfattning om vad som är viktigt. Denna uppfattning behöver inte stämma överens med de av forskaren initialt uppställda förväntningarna. Materialets framväxt beror på portvaktens agerande, kunskap och auktoritet samt efterkommande intervjupersoners tips. Metaforiskt beskrivet är det portvakten som dirigerar snöbollen i den riktning den sedan fortsätter att rulla i, men ju längre den rullar desto mer svårstyrd blir den.

Detta problem är associerat med att forskaren som person, av informanterna, blir associerad med portvakten där snöbollen rullade in. Om jag inledningsvis fått tillträde till en informant via psykiatrin skulle det eventuellt innebära att informanterna tror att syftet med mina intervjuer är terapeutiska, att jag utför någon slags klinisk intervention. Det kan också innebära att de har en på förhand formulerad berättelse för att de vill få ut något av samtalet de tror att jag kan ge. Det är också möjligt att informanten får ett personligt förtroende för forskaren och informerar om känsliga uppgifter, som informanten helst inte vill sprida vidare. För mig innebar dessa etiska dilemman att jag inte visste hur jag skulle förhålla mig till mitt insamlade material. Skulle någon komma till skada om jag publicerar vissa uppgifter? Blir någon besviken med intervjun? Och tog någon illa upp eller skadades på annat sätt av intervjuförfarandet?

Det andra problemet, vilket inte är ett direkt problem, är att de informanter urvalet slutligen består av är av samma bakgrund. När den kumulativa process som är utmärkande för denna strategi startar leds

forskaren in på den väg där det finns många med till synes samma erfarenheter. Kunskapen blir på detta sätt snedvriden utifrån informanternas val, och kan vara missvisande utifrån den ingång som använts för att närma sig fältet. Det innebär att bara en sida av problemet som representeras. Men omformuleras problemet utifrån det material som samlats in blir det mer passande och resultatet därmed mer övertygande. Jakten på ett material sker utmed en och samma väg, men beror på flera portvakter.

De första stegen utåt för att komma in

Mina första steg att nå en ingång till ett material gick i riktning mot psykiatrin i Malmö. Psykiatrin som då var en del av Malmös universitetssjukhus, är sedan i mars 2009 en egen förvaltning inom Region Skåne. Uppgiften ”att behandla psykiska störningar som är så pass allvarliga att specialistkompetens krävs” är fortfarande densamma (www.skane.se).[24] I praktiken innebar detta att ett antal telefonnummer till olika nyckelpersoner först samlades in. Ibland ledde telefonsamtalen till en växel, ibland hamnade jag hos någon annan än den jag fått information om. Men detta var lättkorrigerat, personerna jag sökte var kända och jag blev antingen vidarekopplad till någon annan linje, fick ett annat telefonnummer eller blev ombedd att återkomma. Att hamna fel och inte tala med den som det från början var tänkt innebar ett tillfälle för mig att presentera mitt forskningsprojekt för ytterligare personer. De flesta lyssnade med intresse och ställde frågor. Men framförallt, om de själva inte ansåg att de kunde hjälpa mig fick jag tips om andra som eventuellt kunde – ett förfaringssätt i enlighet med snöbollsmetoden.

Flera gånger blev jag inbjuden (eller kanske var det så att jag bjöd in mig själv) till personliga möten med den jag hade pratat med. Detta visade sig vara bra tillfällen att få bakgrundskunskap om det fält jag sökte orientera mig på. I det initiala skedet ville jag få en djupare kunskap om den verksamhet som ska ”behandla psykiska störningar” och vad det är som begränsar och möjliggör detta arbete. Dessa inledande samtal och möten gav mig en ingång till ett fält som inte stämde överens med de initialt uppställda urvalskriterierna. Ingen hade en psykiatrisk diagnos och ingen var av någon annan etnicitet än den svenska.

[24] www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33512 vid 20080512 och 20090910

En viktig behållning jag fick med mig var deras sätt att beskriva de personer de arbetade för – personerna med en funktionsnedsättning. Sällan hörde jag explicita uttalanden om att någon eller något var på det ena eller andra sättet. Jag hörde istället referenser till texter som reglerade vad som krävs för att ”underlätta ett vardagligt liv för en person med funktionshinder”, var en vanlig formulering. De pratade om ”funktionshinder”, ”liv” och ”behov”, inte om individer, snarare aspekter som kan kopplas till individer.[25] Mer tydligt var att de jag mötte under mitt materialinsamlande refererade till verksamhets-beskrivningar, lagar och förordningar som jag kunde ta del av på internet eller samla ihop på annat sätt om jag inte fick dem vid mötet.

Lagstiftningarna inom det psykiatriska området är omfattande. Det är bestämmelser om ansvar, organisation, klienters rättigheter och vårdpersonals skyldigheter. Det är bland annat hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763), lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991: 1128), socialtjänstlagen (2001: 453), lagen om kommunernas betalningsansvar (1993:387) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993: 387). Till detta kommer också andra texter som exempelvis uttrycker välfärdspolitiska mål, handikappolitiska riktlinjer, direktiv, samhällsdebatter och i riksdagen framlagda propositioner. Sammantaget är det texter verksamhetens lokalt placerade chefer, eller andra i en dominerande position på fältet, bör förhålla sig till.

Även om jag nu hade kommit in och befann mig i händelsernas centrum var jag trots allt belägen i periferin, jag var utanför. Intresset att få kunskap om de personer jag tänkt intervjua fanns även hos de nyckelpersoner jag samtalat med. Dock kunde ingen leda mig vidare till ”den” personen med ”de” erfarenheterna. Det var helt enkelt så att snöbollen inte rullade i den riktning jag ville. Istället ägnade jag mig åt att skaffa information om den institutionell miljön som reglerar den praktik informanterna jag var intresserad av att intervjua ingår i. Tanken slog mig att jag fick berättelser från verksamheten och organisationen runt personer med psykiska funktionsnedsättningar och inte berättelser från personer med dessa nedsättningar.

Som synes var detta varken ett slumpmässigt, strategiskt eller teoretiskt urval jag var på väg att samla in. Sett i ljuset av min första frågeställning var det fel urval. Trots detta fick jag kunskap från

[25] Idag hade de förmodligen talat om funktionsnedsättning då det är detta begrepp verksamheten numera använder sig av.

personer som talade om något jag fann intressant för det fenomen jag ville utforska.

Inom den psykiatriska verksamheten är lagstiftningen om klienters rättigheter och personals skyldigheter delar av den praktik som organiserar vården och stödet personer med en psykisk funktionsnedsättning nyttjar. De är dock endast delar av en organisatorisk eller institutionell verksamhetsnivå, varken patient-perspektiv eller ett medicinskt kunskapsperspektiv finns representerat i dem. För den medicinska praktiken av denna vårdande och stödjande verksamhet, är diagnosmanualen, DSM, forskande psykiatriker har konstruerat en signifikant del – den manual som också är en signifikant del för att förstå det psykiatriska fältets kunskapsbas. För den sociala verksamheten, som utgör en stor del av vården, är lagar, direktiv och politiska styrdokument istället signifikanta delar. Alla delar intervenerar i den totala verksamheten och är betydelsefulla artefakter för att förstå en fältspecifik praktik. När jag skriver psykiskt sjuka refererar jag inte till individen i sig, utan snarare till den empiriska helhet individen är en levande del av. Rent konkret har detta knep i mitt arbete resulterat i att jag skapat biografiska vinjetter om personer med hjälp av deras självbiografiska berättelser. För att veta vad det generella de unika självbiografiska berättelserna kontrasterar blev portvakterna en viktig informations-källa.

Att inte hamna där det var tänkt, men ändå ta sig fram

Samtidigt som jag besökte och samtalade med personer i verksamheten för att leta informanter, läste jag också olika regeringspropositioner, direktiv och några av de utredningar som författats om och för psykiatrin och handikappolitiken. De mest relevanta var: *från patient till medborgare* (Socialdepartementet, 2000), *ambition och ansvar* (Nationell psykiatrisamordning, 2006a), *långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatrins område* (Nationell psykiatrisamordning, 2006c) och *i begynnelsen var organisationen…* (Nationell psykiatrisamordning, 2006b).

Dessa texter kom att utgöra ett material jag från början inte hade tänkt gå djupare in i. Men genom texterna skapade jag en bild av psykiatrin som jag tidigare inte haft – en fragmenterad bild. För mig blev det ett material som representerar de institutioner som reglerar

psykiatrin i form av en avreglerad eller avinstitutionaliserad organisation. En ny bild av verksamheten kunde urskiljas som visade sig vara långt mer komplicerad än just det medicinska perspektivet och patientperspektivet.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade verkade viktig, men också problematisk, då den ger personer med en psykisk sjukdom tillträde till samma rättigheter som sjuka och äldre. Lagen avser "…den begränsning eller det hinder som gör att en människa till följd av skada eller sjukdom inte kan utföra en aktivitet på det sätt eller inom de gränser som kan anses normalt" (Norström, et al., 2005, s. 387). På en av de stadsdelsförvaltningar jag besökte i hopp om att hitta intervjupersoner talade jag om detta med en boendesamordnare. Jag sa att jag även ville komma i kontakt med personer som denna lag omfattade. Men boendesamordnaren, som här talade om de informanter jag ville komma i kontakt med, menade att denna lag är till för en liten del människor. Jag fick reda på att de ofta har det så svårt att de överhuvudtaget är svåra att få kontakt med. Detta väckte ett intresse hos mig att inkludera den kommunala verksamheten som arbetade med de rättigheter denna lag gav tillträde till. På detta sätt utvecklade jag en känsla av diskrepansen mellan självbiografier från någon och biografier om något, som kom att bli central i mitt arbete att förstå verksamhetens praktik.

Den kommunala verksamheten öppnade också en ny ingång. Här kom jag i kontakt med samordnare för boende, LSS och sysselsättning, men också med chefer för olika enheter. Jag hamnade på en öppenvårdsmottagning, dels för att se om de kunde lokalisera de individer jag var intresserad av att intervjua och dels för att få mer kunskap om organisationen. Dock kom jag fortfarande inte i kontakt med personer med ett psykiatriskt problem. Jag befann mig fortfarande i den verksamhetssfär som omgärdade aktörerna. Med andra ord förblev mina ursprungliga önskningar med intervjuerna ouppfyllda. Däremot var jag på god väg att få en bra bild av hur olika lagtexter och officiella utredningar reglerade psykiatrin som praktik.

Utifrån den kunskap mina försök till att skaffa ett material genererat kändes den ursprungliga problemformuleringen missvisande vid denna tidpunkt. Den psykiatriska praktik jag var intresserad av handlade om så mycket mer än om de socialpsykologiska eller mikrosociologiska aspekterna av stigma jag ursprungligen var intresserad av. Jag ställde mig själv frågan vad det var för material jag höll på att samla in. Vad handlade egentligen det empiriska materialet

som jag hittills samlat in om? Vilka slutsatser kunde jag dra av det och var de relevanta?

Även om jag inte fick tillträde till de jag initialt hade planerat att intervjua, ledde mitt sökande efter dessa till möten med andra personer. Dessa möten var långa och karaktäriserades av en samtalsmässig form. De flesta var intresserade av att tala om sin verksamhet och framhäva vad de tyckte var bra och mindre bra. Samtalen med medarbetarna inom psykiatrin varade omkring en och en halv timme. Ibland kom också kollegor in och deltog med spontana kommentarer. Jag var någonting på spåren, men mina och andras beslut på vägen ledde mig vidare i en riktning annorlunda den jag från början utstakat. Jag var vilse på en annan organisatorisk nivå.

Mycket av den kunskap jag fick från mina olika möten ligger till grund för de resonemang jag för i den inledande kappan som ska kontextualisera delarbetena. Vid mötena fick jag också kunskap om olika viktiga texter som kontrollerade verksamheten. De utgjorde ett bra material för att överkomma det metodologiska problem Sartre identifierade. Genom dessa texter kan en individs unikhet förstås utifrån gränsdragningar införlivade i styrdokument och andra texter som gäller ett större kollektiv. Dessa textdokument gjorde det möjligt att se hur individuella särdrag ger tillträde till generella rättigheter som ska underlätta för individen att bli delaktig.

De slutsatser som samhällsvetenskapliga kvalitativa intervjustudier i sociologi resulterar i är till största del baserat på det som människor berättat. Det totala material jag samlat in handlade mer om regleringen av en verksamhet, vars syfte är att kollektivt organisera en praktik för en individs bästa. Utifrån detta resonemang landar inte benämningen på Valéry som individ i Sartres exempel, utan på den process som reglerar Valérys vardag som småborgerlig (Sartre, 1984, s. 51).

Becker (1998, s. 144) har identifierat ett tankeknep, som Erving Goffman (1991) använde sig av då han skrev sin bok *Asylums*, och som angränsar till Sartres problem. Gemensamt för totala institutioner är att de som lever sina liv inom ramen för dessa måste ställa sig och anpassa sig till dessa institutioners regler, dygnet runt, hela tiden. Må så vara om de befinner sig på ett fartyg, i ett fängelse, på en anstalt eller som munk eller nunna i ett kloster, kontrolleras de konstant utifrån platsens övergripande plan. Utan vetskap om planen vet vi heller inte något om individerna som styrs av den. Det omvända gäller också. Vet vi inte något om individerna vet vi inte heller något om den gemenskap de tillsammans bygger upp. Totala institutioner

organiseras alla på liknande sätt, men deras innehåll är inte alltid samma. Sett i ljuset av Goffman var mina försök att hitta individer ett sätt att hämta kunskap om de institutioner som reglerade mitt tilltänkta urvals vardagliga liv som psykiskt sjuka.

Den institutionella omgivningen

På grundutbildningen i sociologi var delar av Dorothy Smiths (1987) bok *The Everyday World As Problematic* obligatorisk läsning. När jag vid en ommöblering återfann denna bok, fastnade jag vid delar av hennes resonemang. Däri började jag se det material jag hittills samlat in. Det handlade om lokala praktikers generella organisering genom institutionella relationer (s. 156). Jag började fundera kring om mitt material handlade om något liknande, om en institutionalisering av mellanmänskliga relationer för att kontrollera en given praktik vars syfte är att göra en människa delaktig. Jag bekantade mig även med Smiths institutionella etnografi och kunde i den se ännu ett sätt att lösa problemet med Valéry. Smith menar att institutionella kategorier, uttryckta i olika texter, koordinerar och kontrollerar vardagspraktiker, inte på en individnivå utan på en nivå där klasser av individer samordnas. Texter, menar Smith (2005, ss. 110, 117), kan användas för att förstå hur en interaktion kontrolleras och organiseras.

Det empiriska material jag samlat in om stödet personer med en psykiatrisk problematik har rätt till, verkade finns införlivade i olika verksamhetsområden – men alla inom samma organisation. Tillsammans intervenerade de i hur vardagspraktiken såg ut, både för psykiatriker, dess lokalt placerade chefer och för den kommunala verksamheten. Psykiatrins avinstitutionalisering hade inneburit att andra sektorer blivit inbegripna för att psykiatrireformens mål skulle uppfyllas. Med hjälp av insikterna från Smiths arbeten kunde jag i ett retrospektiv se var jag hade befunnit mig och vad det insamlade materialet var en del av. Den ingång jag använt hade gett mig en utförlig bild av hur dessa organisatoriska former var formulerade i text för att kontrollera verksamheten, i vilken personer med en psykisk sjukdom var den viktigaste delen. Men fortfarande ville jag inte lämna min ursprungliga tanke på att börja från ett patientperspektiv. Mitt material gav mig endast en bild av den institutionella ram de personer jag ville komma i kontakt med omgavs av.

Det förfarande jag använt mig av kan liknas vid en tipspromenad snarare än en snöboll. Jag följde tips och inte en boll i rullning på en

bana. Varje tips förde mig vidare i en riktning och var en vändpunkt som möjliggjorde att andra vägar, om än betingade av den föregående vändpunkten, öppnade sig. Becker (1998, s. 33) menar att vägen som leder till varje vändpunkt kan ses som en ordningsföljd av olika händelser vilka är villkorade av varandra. Det händelseförlopp i forskningen som leder till att jag kommit framåt har involverat ett antal andra aktörer vilka agerat på ett sätt som orienterat mig i den riktning jag gått i.

Ett värdefullt tips kom från en medarbetare jag träffade på en öppenvårdsmottagning, hon hänvisade mig till integrerad närsjukvård i Malmö (INM). INM är en privat entreprenör som på uppdrag av region Skåne bedriver öppenvårdspsykiatri i två av Malmös stadsdelar, Limhamn/Bunkeflo och stadsdelen centrum. Verksamheten drivs av tre psykiatriker och ett antal anställda, bland annat sjuksköterskor, vårdare, läkarsekreterare och kuratorer. Enligt deras informationsmaterial arbetar de i team som är multidisciplinära och erbjuder psykologisk behandling med grund i kognitiv och kognitiv-beteendeterapi. Det finns också tillgång till ljusterapi, litium- och leponexdispensär. Jag ringde först till växeln som i sin tur gav mig ett nummer till en medarbetare. Återigen hade jag ett möte inbokat. Det visade sig vara en verksamhet som skiljde sig från den landstingsdrivna. Vid vårt möte berättade representanten för INM att.

> [Vi] arbetar snarare med ett nätverk kring personen, patienten bestämmer själv vad som ska inkluderas och exkluderas i detta nätverk. Man skulle kunna säga att patienten blir som ett projekt som vi är ledare för. Allt sker öppet och patienten kan när som helst läsa journalerna och våra rapporter om allt vi skrivit. (…) Vi arbetar väl inte så mycket kognitivt eller kliniskt med patienten, mer med det grundläggande. Vi vill gärna ha en holistisk approach och vi ser väl mer sammanhanget än individen som sådan, skulle jag vilja säga. Patienten bestämmer ju hur sammanhanget ska se ut, och det är där vi startar.

INM arbetar efter case managementmodellen, vilken växte fram på 1970- och 1980-talen i USA. Fritt översatt till svenska betyder det ungefär ”personligt ombudskap”. Psykiatrikern Tom Burns och psykiatriskötaren Mike Firn (2005) liknar detta ombudsskap vid en vårdmäklare vars ansvar är att samordna nödvändiga tjänster till individen. Denna verksamhetsmodell är, i likhet med psykiatrins nya mål, samhällsbaserad men med patienten som central enhet. INM är ett bra exempel på den nya psykiatrins kontrollerande verksamhet. Där finns psykoaktiva läkemedelsbehandlingar, litium och leponex,

som kontrollerar maniska, depressiva perioder och symptom relaterat till schizofreni. Det finns psykologiska kognitiva behandlings former och beteendeterapi som bidrar till ökad självkontroll. Men det finns också en verksamhetsinriktning som är social.

Kontakt till slut

Genom att följa tips och råd jag fick på INM hamnade jag ute i Malmös stadsdel Limhamn/Bunkeflo. Jag hade fått rådet att besöka en träffpunkt vars verksamhet syftar till att bryta den sociala isolering personer med en psykisk sjukdom ibland hamnar i. Vidare hade jag fått kontakt med en person som tidigare arbetat som en hälsoinformatör. Hon tipsade mig om en språkskola med specialpedagogisk kompetens vars uppgift var att hjälpa flyktingar med speciell problematik att klara av den obligatoriska språkundervisningen ”svenska för invandrare” (SFI). Där kom jag i kontakt med ett tiotal intervjupersoner med PTSD och en migrationsbakgrund.

Orsaken till att jag intervjuade de jag gjorde var att jag av olika skäl pratade med vissa personer som befann sig på en plats som jag av en händelse samtidigt befann mig på eller ringde till. Det kan också förklaras med att jag på ett strategiskt vis valt att prata med nyckelpersoner som besitter en kunskap och har auktoritet på det fält jag vill komma in på.

Väl på träffpunkten kunde personalen tipsa om andra träffpunkter där det bedrevs samma verksamhet och när jag besökte dessa fick jag tips som ledde mig vidare. På språkskolan kom jag dock inte vidare. Där fick jag direkt kontakt med personer som passade mina initialt uppställda urvalskriterier. Men på vägen till att få kontakt med de personer som passade mina kriterier hade jag fått en ökad kunskap om psykiatrin som en fragmenterad och decentrerad organisation. När jag gjorde intervjuerna var det ännu en bild av denna organisation jag fick – en bild från en annan position på fältet.

På träffpunkterna kom jag i kontakt med personer som levde med en psykiatrisk problematik. Många var initialt villiga att ställa upp och jag bokade in tider för samtal. Om någon uteblev vid det första avtalade mötet, bestämde vi nya. Uteblev de vid tredje gången tolkade jag det som att de inte ville ställa upp. De som jag i slutändan

intervjuade talade länge och gärna. De intervjuer som gjordes på språkskolan genomfördes med hjälp av tolk.[26]

För intervjuerna hade jag konstruerat en generell intervjuguide utifrån biografiska teman av deskriptiv karaktär, var de växt upp, när de fick sin diagnos, var de gått i skola/arbetat etc. Till de med en migrationsbakgrund lade jag till frågor rörande migrationsrelaterade händelser, när de kom till Sverige, när de fick positivt beslut på sitt uppehållstillstånd etc.

Den första frågan jag ställde i intervjuerna till de utan en migrationsbakgrund var: ”Skulle du vilja berätta om hur din vardag ser ut, efter det att du fick din diagnos?” Till de med en migrationsbakgrund ställde jag frågan: ”Skulle du vilja berätta om hur din vardag ser ut efter det att du anlände till Sverige?” När jag hade ställt den inledande frågan tog det en lång stund innan jag kunde snegla ner i min intervjuguide. Många av frågorna var obehandlade och samtalet hade tagit andra vägar än de jag hade trott. Intervjupersonerna hade dock, ofta på ett självbiografiskt vis, berättat om hur livet förändrades när de blev sjuka och hur de själva ansåg att de hade hamnat där de nu befann sig. De med en migrationsbakgrund berättade om vad flykten innebar för deras psykiska hälsa. Vid denna tidpunkt i forskningsprocessen lyssnade jag på förkroppsligade berättelser om biografiska skeenden från dem som psykiatrin är organiserad kring.

Ändrad orientering, men bibehållen fokus

Det är minst sagt svårt att säga vad det är för slags material jag trots allt samlade in och vilken metod jag använde. Till antalet är materialet inte stort. Det består av sju intervjuer med personer som varit i kontakt med psykiatrin och ett tiotal som även har en migrationsbakgrund, vilket utgör sammanlagt 17 muntligt berättade levnadsberättelser om en signifikant del av informanternas liv. Min tidigare inriktning hade dessutom resulterat i ett antal samtal med medarbetare inom psykiatrin.

Att göra kvalitativa intervjuer ställer stora krav på lyhördhet. Ofta förväntas intervjuaren fånga upp och följa de tankar och erfarenheter hos intervjupersonen som uppkommer. Det material jag inledningsvis samlat in hjälpte mig att vara lyhörd inför olika sekvenser av och

[26] I delarbete II problematiserar jag tolkningssituationen med koppling de den interaktion en intervju innebär.

vändpunkter i levnadsberättelsen som kunde relateras till psykiatrisk såväl som till social verksamhet. På så vis ville jag förstå hur de unika självbiografiska berättelserna kunde gälla för en större population än endast intervjupersonen. Intervjupersonens unika levnadsberättelse får därmed en relevans för den större helhet han eller hon är en del av. Men då gäller det inte bara att vara lyhörd för det informanterna själva berättar utan också för den större helhet berättelsen kan kontrastera.

Arbetet med avhandlingen har inneburit en ständig omorientering. Fokus har emellertid varit det samma från början till slut. I analysförfarandet av det empiriska materialet var en av de största svårigheterna att hitta det fokus jag från början arbetat utifrån, men som jag kanske inte alltid själv var medveten om. I början av min doktorandperiod läste jag Catherine Kohler Riessmans (1993) skrift *Narrative Analysis*. Hon menar att narrativer kan användas för att samla in livshistoriska berättelser, för att sedan packa upp och avslöja en handling i dem. Detta arbetsförfarande syftar till att identifiera signifikanta händelser och analysera dess betydelse för en människas liv (s. 26-34). Med ett intresse i narrativ teori ville jag i analysen av livshistoriska berättelser identifiera en intrig som kunde belysa hur det är att leva med det dubbla stigma jag ursprungligen ville problematisera. Snarlikt Riessman, menar företagsekonomen Barbara Czarniwska (2004) i *Narratives in Social Science Research* att en berättelse får en ”plot” eller intrig. Genom att referera till psykologen Donald Polkinghorne menar hon att olika händelser bringas samman så att de tillsammans står för en större mening (s. 7).

Problemet var att då jag träffade de som skulle bli det huvudsakliga intervjumaterialet för studien, hade jag redan en bild av vilka världar narrativen skulle öppna upp. Jag hade tillräckligt med information om deras liv, även om jag inte lyssnat på de berättelser som kom från dem själva. Jag visste på ett sätt redan vad berättelserna skulle handla om och jag hade redan en aning om vad intrigen skulle avslöja. När jag väl gjorde intervjuerna blev det så att säga inte deras liv det handlade om, utan det liv som kan ses som en del av de institutionella relationer de själva var en del av.

I detta skeende var mitt fokus fortfarande det samma men jag var tvungen att omorientera mig. Då jag skulle analysera berättelserna från personerna med en psykisk sjukdom och det material som handlade om deras institutionella omgivning, upptäckte jag att de olika berättelserna packade upp två olika intriger. De individuella berättelserna var strukturerade utifrån en kontrollerads position. På

motsatt sätt var berättelserna från verksamheten och organisationen förstås strukturerad utifrån den kontrollerandes position.

Även om jag inte strikt använde det Smith (2005) kallar för institutionell etnografi, bär min studie spår av detta metodologiska förhållningssätt. Fördelen med denna typ av metodologi är att den tar hänsyn till texter som signifikanta artefakter i människors vardagsliv (Smith, 2005, s. 118). Tillsammans konstruerade de olika informanterna och texterna en gemensam bild av psykiatrin. I den gemensamma bilden av psykiatrin låg emellertid även ett spänningsfält – eller gränsland – som jag i mina delarbeten försökt att identifiera med hjälp av de två begreppen självbiografi och biografi.

Istället för epilog

För att nu också kort sammanfatta den metod jag i ett retrospektiv ser att jag använt mig av kan det liknas vid institutionell etnografi. Men mitt huvudsakliga fokus har från början varit biografiskt och livshistorisk – det är dessa berättelser jag letat efter då jag befunnit mig på fältet. En biografisk etnografi kanske skulle kunna vara en passande etikett att kategorisera den metodologi jag arbetat fram. Jag ville finna självbiografiska livshistorier men tog istället del av den praktik som gör dem till och behandlar dem som biografier. Urvalet har, trots irrfärden, varit teoretiskt. Jag började med en liten del av psykiatrin, fick något av intresse och arbetade mig vidare därifrån. Medan mitt sätt att gå från teori till empiri för att vidareutveckla det jag kallar gränsland liknas bäst med ett pragmatiskt och abduktivt arbetssätt.

Samstämmigheten mellan Ekelöfs trådar nitas som ett galler i Fröding. I gränsnittet mellan trådarna och gallret, mellan att antingen vara ett fast galler eller en del av en självreglerande sång, formas ett gränsland. Detta gränsland berättar samtida ögonblicksbilder av psykiatrins förändrade kontrollmekanismer.

7. Resultatsammanfattning

Delarbete I: The Absurdalities of Mental Health – A Narrative Inquiry into Psychiatric Diagnosis

> Apparently under some conditions societal reaction to deviance is to seek out signs of abnormality in the deviant's history to show that he was always essentially a deviant (Scheff, 1969, s. 512).

Detta citat av Thomas Scheff använder jag mig av i avhandlingens första delarbete. Han menar att det är oklart vilka tecken en psykisk sjukdom egentligen uppvisar. Sjukdomen är på detta sätt en metafor för vad som sociologiskt kan tolkas som normbrytande beteenden. Ett resonemang som är en pendang till den bristande definitionen av psykisk sjukdom, vilket gör det psykiatriska sjukdomsbegreppet trubbigt eftersom det likväl kan tolkas som en social avvikelse från en normalgrupps antagna förväntningar. Men i och med att medicinskt skolade praktiker letar efter tecken på avvikelser så har denne ett tolkningsföreträde då det kommer till att dechiffrera en psykisk sjukdom ur en livsberättelse.

Syftet med delarbetet är att genom synliggöra de absurditeter som skapas då en person blir psykisk sjuk och hamnar i en ny levnadsbana genom att andras intressen påverkar dennes levnadsbana. Genom en livshistorisk analys av tre olika självbiografiska berättelser från personer med en psykiatrisk diagnos visar jag att psykiatrins praktik retrospektivt skrivs in i en berättelse om personen med en psykisk sjukdom. Analysen visar att i gränslandet mellan psykiatrin och patientens vardagliga liv rekonstrueras självbiografin till en biografi. Denna rekonstruktion innebär att olika vändpunkter i livsberättelsen inkluderar ”den andre” som en signifikant aktör i berättelsen. ”Den andre” har möjligheter att intervenera och förändra levnadsbanan så att den självbiografiska berättaren tappar det egentliga agentskapet i sin egen berättelse. Det är denna förlust som förändrar livsberättelserna till att handla om absurditeter då protagonisten en främling i sin egen livshistoria.

Delarbete II: Living in ”Contra Life” – A Biographical Approach to Posttraumatic Stress Disorder

Av de intervjuer jag gjort kommer hälften av berättelserna från personer med diagnosen PTSD. Samtliga har en migrationsbakgrund. Syftet med delarbetet är att konceptualisera den anpassning flyktingar med PTSD genomgår på vägen till att inkluderas i, ett för dem, nytt samhälle. Utifrån de berättelser jag samlat in och grundar min analys i, handlar denna artikel inte primärt om psykiatrin. Istället var det institutioner kopplade till migration som berättarna använde sig av för att beskriva sina vardagliga vedermödor.

I länderna de levt och fört ett liv hade de varit med om olika händelser, eller tillhört en grupp som gjort det omöjligt för dem att stanna, vilket tvingat dem att lämna landet. De händelser de binder samman i sina livshistorier bildar tillsammans en episod i deras liv de till stor del har svårt begripa. De tre informanter som inkluderats i denna studie blev samtliga efter en lång väntetid först avvisade. De var tvungna att lämna Sverige och åka tillbaka till det land, vilket de var tvungna att fly från och inte trodde att de kunde återvända till. Efter avslaget gick de in i en period som upplevdes som än mer traumatiserande. Analysen av berättelserna visar att de förstår de missdåd de har varit utsatta för, eller utsatt andra för, men förstår inte den process de efter avvisningsbeslutet var involverade i.

De tre biografierna visar att adaptionsfasen är nära sammankopplat med att tappa kontroll över sin livssituation på grund av att olika institutioner påverkar hur det vardagliga livet tar sig uttryck. I intervjun med Mahmod porträtteras detta som att berättaren fastnat i de samtida vedermödor han och hans familj är tvungna att genomgå för att komma vidare med sina liv. Väntan på ett besked att få stanna i Sverige, där de känner sig trygga, förvandlade hans situation till en stressfull situation då framtiden eventuellt kunde innebära att han tillsammans med sin familj var tvungen att återvända till de situationer de flytt från. Ina kunde påbörja ett nytt liv i Sverige då hon fick uppehållstillstånd. Detta innebar att hon kunde begripa den väntetid hon blivit utsatt för efter det hon anlänt till Sverige. Ur ett annat perspektiv lämnade migrationsprocessen traumatiska spår i hennes självbiografi. Ina och hennes familj levde ett liv som inte blev som det liv de tänkt sig, ett liv hon kallar för ett ”kontraliv”. I Nadias berättelse innebar transitionsfasen mellan det sammanhang hon flydde från och det sammanhang hon nu hamnade i att hennes liv varken blev som hon trott eller förutsett. Även fast hon fick tillåtelse att

stanna i Sverige har hon inte återvänt från den förflyttning hon inledde då hon tvingades fly. Fasen fortsatte som en biografi, då hon klart kunde berätta om signifikanta händelser i sitt liv, men på ett annat sätt var det ett självbiografiskt haveri. Med de tre berättelserna vill jag i delarbetet visa att det trauma informanterna flytt från ofta begrips av flyktingarna, men det som är traumatiserande och obegripligt är den institutionella process de inkluderas i.

Delarbete III: Get Hold of Yourself – The Problematic Relations Between the Autobiographical I and the Biographical Self in Reflexive Modernity

Detta delarbete är en teoretisk diskussion av sjukrollen på ett psykiatriskt fält, de empiriska exempel som används fungerar som ögonblicksbilder av det teoretiska resonemang som förs. Syftet med delarbetet är att undersöka hur en psykiatrisk biografi konstrueras och införlivas i en sjukroll. Med detta vill jag utveckla ett teoretiskt begrepp om sjukrollen så som den förkroppsligas på det psykiatriska fältet. En sjukroll innebär att rollinnehavaren förlikar sig med det händelseförlopp som leder fram till sjukdom och hur förloppet förklaras av medicinsk expertis eller andra i ens närhet. Sjukrollen, så som Parssons beskrev den, innebär att innehavaren går från ett friskt tillstånd och in i ett tillstånd präglat av sjukdom. Då en sjukdom drabbar en person anpassar sig denne utifrån de rollspecifika beteenden som råder på det fält han eller hon befinner sig på i egenskap av sjuk. Denna förlikning innebär att ”den sjuke” anpassar sig efter läkarens utlåtande om vad som felas och vad som bör göras för att ett friskt tillstånd ska träda i kraft.

Delarbetet problematiserar sjukrollens förverkligande i ett senmodernt samhälle då reflexivitet anses vara en central egenskap hos individen. För att förstå hur en individ träder in i en sjukroll använder jag mig av två begrepp lånade från litteraturstudier: biografi och självbiografi. Den teoretiska diskussionen gör gällande att en sjukrollsinnehavare på det psykiatriska fältet måste försonas med den biografiska berättelsen som konstruerats om honom eller henne. Men detta behöver för den delen inte stämma överens med den självbiografiska berättelse som kommer från förgrundsgestalten i narrativen. På detta sätt bildas det ett spänningsfält mellan

självbiografin och biografin som nödvändigtvis måste överbryggas för att en sjukroll ska kunna utövas.

Delarbete IV: Writing Qualitative Sociology – Deciphering the Social in Experiences of Mental Illness

Detta delarbete består av en diskussion av narrativ teori och biografisk metod. Syftet med texten är att diskutera hur berättelser om marginaliserade erfarenheter kan användas för att utveckla redan existerande teori. Kvalitativa sociologiska studier om psykisk sjukdom innebär ofta att forskare undersöker hur individer i en social kontext känner igen eller erkänner för sig själva och reagerar på psykisk sjukdom. För att göra detta krävs det dock att forskaren lyssnar på självbiografiska berättelser för att sedan kunna lokalisera dessa i en sociologisk terminologi.

Risken med ett sådant förfarande är att analysen kommer att definiera personen som berättar och inte sociologiska processer som narrativen utvecklar. Detta delarbete föreslår ett abduktivt arbetssätt som liknar den metod de svenska proletärförfattarna använde sig av för skriva om de sociala förhållanden de levde under. Genom att sammanfatta teoretiska resonemang om narrativer, biografier och självbiografier förda av Adriana Cavarero, Shari Stone-Mediatore, Dorothy Smith, Arthur Frank och Umberto Eco utvecklas en (själv)biografisk metod för att förstå det informanten berättar om, snarare än att fokusera på det som berättelsen beskriver på ytan.

8. Referenser

APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asplund, J. (1983). *Om undran inför samhället*. Lund: Argos.

Asplund, J. (1991). *Essä om Gemeinschaft och Gesellschaft*. Göteborg: Korpen.

Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.

Beck, U., & Lau, C. (2005). Second Modernity ads a Research Agenda: Theoretical and Empirical explorations in the 'Meta-Change' of Modern Society. *The British Journal of Sociology, 56*(4).

Becker, H. S. (1992). Cases, causes, conjunctures, stories, imagery. i H. S. Becker & C. C. Ragin (Eds.), *What is a case? : exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Becker, H. S. (1998). *Tricks of the trade : how to think about your research while you're doing it*. Chicago, Illinois: Univ. of Chicago Press.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. New York: Anchor books.

Blumer, H. (1971). Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems, 18*(3), 298-306.

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge Univiversity Press.

Bourdieu, P. (1999). *The weight of the world: social suffering in contemporary society*. Oxford: Polity.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: Univ. of Chicago Press.

Brante, T. (2006). Den nya psykiatrin: exemplet ADHD. i G. Hallerstedt (Ed.), *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande* (ss. 128 s.). Göteborg: Daidalos.

Brante, T., & Norman, H. (1995). *Epidemisk masspsykos eller reell risk? En sociologisk studie av kontroversen kring elöverkänslighet*. Stockholm ; Stehag: B. Östlings bokförl. Symposion.
Burns, T., Firn, M., & Lindqvist, B. (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård: en handbok för praktiker*. Lund: Studentlitteratur.
Busfield, J. (2006). The Evidence Context in Mental Health Research. i M. Slade & S. Priebe (Eds.), *Choosing Methods in Mental Health Research : Mental Health Research From Theory to Practice*. London: Routledge.
Camus, A. (1983). *The outsider*. Harmondsworth: Penguin.
Cavarero, A. (1995). *In spite of Plato: a feminist rewriting of Ancient philosophy*. London: Polity Press.
Cavarero, A. (2000). *Relating narratives: storytelling and selfhood*. London: Routledge.
Cullberg, J. (1986). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo: TANO.
Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. London: SAGE.
Deleuze, G. (1993). Postskriptum om kontrollsamhällena. *Res Publica*(23).
Direktiv (1989:22). *Utredning om service, stöd och vård till psykiskt sjuka*.
Direktiv (2003:133). *En nationell psykiatrisamordnare*.
Dollard, J. (1935). *Criteria for the life history. With analyses of six notable documents. Repr*. New York,.
Durkheim, É. (1983). *Självmordet*. Lund: Argos.
Eriksson, B. E. (1989). *Vägen till centralhospitalet: Två studier om den anstaltsbundna sinnessjukvårdens förhistoria i Sverige*. Göteborg: Daidalos.
Fangen, K., & Nordli, H. (2005). *Deltagande observation*. Malmö: Liber ekonomi.
Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: the birth of the prison*. London: Allen Lane.
Foucault, M. (1988a). *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason* ([New ed.). New York: Vintage.
Foucault, M. (1988b). Technologies of the self. i M. Foucault, L. H. Martin, H. Gutman & P. H. Hutton (Eds.), *Technologies of the self: a seminar with Michel Foucault*. Amherst: Univ. of Massachusetts Press.
Foucault, M. (1988c). The political technology of individuals. i M. Foucault, L. H. Martin, H. Gutman & P. H. Hutton (Eds.),

Technologies of the self : a seminar with Michel Foucault. Amherst: Univ. of Massachusetts Press.
Foucault, M. (1989). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge.
Foucault, M., Martin, L. H., Gutman, H., & Hutton, P. H. (1988). *Technologies of the self : a seminar with Michel Foucault*. Amherst: Univ. of Massachusetts Press.
Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
Frank, A. W. (2000a). Illness and Autobiographical Work: Dialogue as Narrative Destabilization. *Qualitative Sociology, 23*(1).
Frank, A. W. (2000b). The Standpoint of Storyteller. *Qualitative Health Research, 10*(May), 354-364.
Friberg, T. r. (2006). *Diagnosing burn-out: an anthropological study of a social concept in Sweden*. Lund: Lund University.
Ghaemi, S. N. (2003). *The concepts of psychiatry: a pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Giddens, A. (1984). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity press.
Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
Goffman, E. (1967). Characteristics of Total Institutions. i A. C. Clarke, R. R. Dynes & S. Dinitz (Eds.), *Deviance: studies in the process of stigmatization and societal reaction*. New York; London: Oxfiord U.P.
Goffman, E. (1974). *Jaget och maskerna : en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
Goffman, E. (1990). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
Goffman, E. (1991). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin.
Henderson, L. J. (1935). Physician and Patient as a Social System. i L. J. Henderson (Ed.), *On the Social System*. Chicago: University of Chicago Press.
Henderson, L. J. (1970). *On the social system : selected writings*. Chicago: University of Chicago Press.
Homans, G. C. (1964). Bringing Men Back In. *American Sociology Review, 29*(5), 809-817.

Homeros (1996). *The Odyssey*. London: Viking.
Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness : how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York ; Oxford: Oxford University Press.
Hunter, K. M. (1991). *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*. Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press.
Hydén, L.-C. (2008). Narrative in Illness: A Methodological Note. *Qualitative Sociology Review, 4*(3).
Johannisson, K. (1997). *Kroppens tunna skal: sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedt.
Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. i G. Hallerstedt (Ed.), *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry : from cultural category to personal experience*. New York: Free Press.
Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1999). *Making us crazy : DSM : the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. London: Constable.
Kärfve, E. (2006). Den mänskliga mångfalden - diagnosen som urvalsinstrument. i G. Hallerstedt (Ed.), *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
Laing, R. D. (1965). *The divided self*. Harmondsworth: Penguin books.
Latour, B. (1987). *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press.
Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts* ([Ny utg.] / ed.). Princeton, N.J.: Princeton Univiversity Press.
Levinsson, H. (2008). *Autonomy and metacognition: a healthcare perspective*. Lund: Department of Philosophy, Lund University.
Leys, R. (2000). *Trauma : a genealogy*. Chicago: University of Chicago Press.
Loseke, D. R. (2003). *Thinking about social problems: an introduction to constructionist perspectives* (2. ed.). New York: Aldine de Gruyter.
Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Björkman, T. (2008). Stigma, Discrimination, Empowerment and Social Networks : a Preliminary Investigation of Their Influence on Subjective Quality of Life in a Swedish Sample. *International Journal of Social Psychiatry, 54*(47), 47-54.

Merton, R. K. (1938). Social Structure and Anomie. *American Sociological Review, 3*(5), 672-682.
Mills, C. W. (1967). *The sociological imagination*. London: Oxford U.P.
Mirowsky, J., & Ross, C., E. (1989). Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement. *Journal of Health and Social Behavior, 30*(1), 11-25.
Mishler, E. G. (2005). Patient Stories, Narratives of Resistence and the Ethics of Human Care: a la Recherche du Temps Perdu. *Health, 9*(4).
Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
Nationell psykiatrisamordning (2006a). *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder : slutbetänkande*. Stockholm: Fritze.
Nationell psykiatrisamordning (2006b). *I begynnelsen var organisationen: rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder - hinder och möjligheter*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
Nationell psykiatrisamordning (2006c). *Långsiktighet, samordning och engagemang: en strategi för statlig styrning på psykiatrins område*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
Norström, C., & Thunved, A. (2005). *Nya sociallagarna : med kommentarer, lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2005*. Stockholm: Norstedts juridik.
Ottosson, J.-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur och kultur.
Ottosson, J.-O. (2004). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
Parsons, T. (1964). *The social system*. New York: The Free Press.
Peirce, C. S. (1903). Pragmatism as the Logic of Abduction. i C. S. Peirce, N. Houser & C. J. W. Kloesel (Eds.), *The essential Peirce : selected philosophical writings. Vol. 2, 1893-1913*. Bloomington: Indiana University Press.
Porter, R. (2004). *Madmen: a social history of madhouses, mad-doctors & lunatics*. Stroud: Tempus.
Psykiatriutredningen (1992). *Välfärd och valfrihet : service, stöd och vård för psykiskt störda : slutbetänkande*. Stockholm: Allmänna förl.
Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage.

Riving, C. (2008). *Icke som en annan människa: psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Hedemora: Gidlund.
Roelcke, V. (1997). Biologizing Social Facts: An Early 20th Century Debate on Kraepelin's Concept of Culture, Neurasthenia, and Degeneration *Culture, Medicine and Psychiatry, 21*, 383-403.
Rose, N. (1986). Psychiatry: the Discipline of Mental Health. i N. Rose & P. M. Miller (Eds.), *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity.
Rose, N. (1996a). *Inventing our selves: psychology, power, and personhood*. New York ; Cambridge: Cambridge University Press.
Rose, N. (1996b). Psychiatry as a Political Science: advanced liberalism and the administration of risk. *History of the Human Sciences, 9*(1), 1-23.
Rose, N. (1999). *Powers of freedom: reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
Rose, N. (2003). Neurochemical Selves. *Society*, 46-59.
Rose, N. (2007). *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
Sartre, J.-P. (1984). *Till frågan om metoden*. Lund: Arkiv.
Scheff, T. J. (1969). *The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorder: A Research Framework*. New York ; London: Oxford U.P.
Scheff, T. J. (1999). *Being mentally ill: a sociological theory*. New York: Aldine de Gruyter.
Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-II : A Case in the Politics of Diagnosis and Disease. *Social Problems, 37*(3), 294-310.
Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. Chichester: Wiley.
Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic : a feminist sociology*. Boston: Northeastern University Press.
Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: a sociology for people*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
Socialdepartementet (2000). *Från patient till medborgare : en nationell handlingsplan för handikappolitiken: en kort version av Regeringens proposition 1999/2000:79*.
Socialstyrelsen (1982:8). *Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus*. Stockholm: Socialstyr. : Liber distribution.

Socialstyrelsen (2003). *Sju år efter reformen : andra uppföljningen av medicinskt färdigbehandlade inom sluten psykiatrisk vård*.
SOU (2006). *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder: slutbetänkande*.
Spitzer, R., L., First, Michael, B. & Wakefield, Jerome, C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 233-241.
Stone-Mediatore, S. (2003). *Reading across borders: storytelling and knowledges of resistance*. New York ; Basingstoke: Palgrave Macmillan.
Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales : a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
Summerfield, D. (2001). The Invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the Usefulness of a Psychiatric Category. [PTSD Medicine]. *British Medical Journal, 332*, 95-98.
Szasz, T. S. (1960). The Myth of Mental Illness. *American Psychologist, 15*(2), 113-118.
Temple, B., & Young, A. (2004). Qualitative Research and Translation Dilemmas. *Qualitative Research, 4*(2).
Touraine, A. (2003). *Kan vi leva tillsammans? Jämlika och olika*. Göteborg: Daidalos.
Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer* (3. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
Tönnies, F. (1955). *Community and association*. London: Routledge & Kegan Paul.
Wakefield, J. C. (1997). Diagnosing DSM-IV - Part I: DSM-IV and the Concept of Disorder. *Behavior Research and Therapy, 35*(7).
Wallace, R. A., & Wolf, A. (1999). *Contemporary sociological theory : expanding the classical tradition*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
Williams, G. (1984). The Genesis of Chronic illness: Narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness, 6*(2).
Yehuda, R., & Flory, J. D. (2007). Differentiating Biological Correlates of Riskt, PTSD, nad Resilience Following Trauma Exposure. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 435-447.
Yehuda, R., & MacFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *The American Journal of Psychiatry, 152*(12).

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
Östman, M. (2000). *Family burden and participation in care : a study of relatives to patients admitted to voluntary and compulsory psychiatric care*. Lund,: Department of Health Science, Lund University.

Delarbete I

Qualitative Sociology Review
Volume V, Issue 1 – April 2009

Henrik Loodin
Lund University, Sweden

The Absurdalities of Mental Illness – A Narrative Inquiry into Psychiatric Diagnosis

Abstract

This text examines three life stories about becoming mentally ill and Albert Camus' fictive narrative "The Stranger". The main concern is how the social and psychiatry intervenes in the narrative that the interviewees give. Drawing from a reasoning in Michel Foucaults monograph Madness and Civilization and Dorothy Smiths work on relations of ruling the argument in this article is that when becoming mentally ill one is involved in a process of loosing agency in ones own life story. Illustratively with Camus novel the analysis unravel that the interviewees become strangers in their own life story.

Keywords
Narrative; Estrangement; Psychiatry; Life Stories

> *Mother died today. Or maybe yesterday, I don't know. I had a telegram from the home: 'Mother passed away. Funeral tomorrow. Yours sincerely.' That doesn't mean anything. It may have happened yesterday.*
>
> Albert Camus, The Stranger

The opening passage of Camus' novel "The Stranger" describes how the ordinary Mersault reflects on the death of his mother. These reflections, and his later participation in her funeral ceremony, are the first events that steer him towards his fate of becoming a murderer. Or, rather, how others come to interpret these happenings in a way that make them look upon him as a murderer. That is how they make sense of Mersault and his actions. Accordingly, in this narrative, the character Mersault is the hero, or anti-hero. He tries to make progress in the society of which he is part; he orients himself among the accounts others have of him, and struggles to make sense of them. Camus shows how Mersault becomes involved in, and works through, different situations. Later, only a few days after his mothers' ceremony, also by mere chance or not, he shoot a man on a beach. Even though he makes sense of these situations, they are later used and turned against him. The "social", rather than he himself, becomes a Dark Continent that influences how his future life will turn out.

©2005-2009 Qualitative Sociology Review

His fate is determined as though he has nothing to do with it; others decisions intervene in his story and he becomes a stranger for himself. This characterizes the complexity of his future life, neither that his mother is dead nor that he killed a man, but his indifference to these facts, and not showing any grief. It seems as if everything is the same for him, the whole situation, as well as following events, become absurd to him.

In this text I am interested about how this absurdity may be illustrated from the position of a person with experiences from the field of psychiatry. The point of departure for my text is an examination of what the intersection between psychiatry and everyday life brings to the life story of the person who has been diagnosed with a mental disorder. By analysing how an interviewee narrates the experiences of this intersection, it is possible to say what role mental disorder plays in the life stories of my interviewees. On the one hand, in the epistemology of psychiatry and medicine, the diagnosis is presented and exists as the product of what is mutually considered to be a disease. There has been a wide discussion about that among psychiatrists the individual's behaviour is evaluated with the written description of a disease found in the American Psychiatric Association's (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM). That the psychiatric description is reified (Mirowsky and Ross 1989) and from this reification of a diagnosis the person is caught in a limbo between the logic of medicine (Schleifer and Vannatta 2006) and the own experienced standpoint (Frank 2000). Mental illness is subtle in its form behind the doors of psychiatry, but has real, concrete consequences in the particular life courses of those diagnosed. The diagnosis is located on a social landscape (Foucault 1988). But as Scheff (1969: 505) wrote, "if the symptoms of mental illness are to be construed as violations of social norms, it is necessary to specify the type of norms involved". When mental illness is located on a social landscape, there are also social norms involved. Norms that often are put in brackets behind the doors of psychiatry and, also, reduced from the clinically language of DSM.

The relations on the field of psychiatry can easily be mismatched from the standpoint of the patient and how others make sense of that person (Frank 2000). On this field, to briefly use a metaphor from Pierre Bourdieu, psychiatry is not only involved alone. The social intervenes in the stories the interviewee gives. Through the narratives examined here it has gradually become apparent that the consequences of the process of becoming mentally ill are absurd and difficult to make sense of because the life story takes a new turn that is implemented by others. In this phase of becoming mentally ill ones own mental state is observed in others and from this observation oneself appears as baseless, as absurd (Foucault 1988: 88). So, the story is wrecked because its present is not what the past formerly was supposed to lead up to (Frank 1995). The absurdities involved in the told story seem to be about losing agency in one's own story, similar to the absurdities that Camus illustrated with Mersault's life.

Even though an identical clinical diagnosis may exist for various individuals, it will be palpable and concrete in different ways due to where it is experienced and who experiences it. The same diagnosis exists, but calls for different meanings, accounts, and interpretations. With accounts I mean here verbalised explanations of what is experienced as a turning point in a life story, and by turning point, I mean the moment when a narrative takes on a new course towards a new future end. It is a significant event in an autobiography, if you so want. Such a turning point is usually explained by features outside the "self"; hence, the core of my data is the sequence of the accounts and the consequences of them (Riessman and Quinney 2005).

According to Hannah Arendt (Arendt and Persson 2004) stories refer to events, maybe arbitrary and irrational in the time when they occurred, but they lead to a sequence that construe a meaning when they in retrospect are narrated. Put differently, in a narrative, a mental disorder occurs according to how significant events are accounted for, and how it in retrospect is made sense of. In the current text I endeavour to discover significant events in the interviewees' narratives that are related to their lives as being "mentally ill". With the help of the character Mersault and the fictive narrative Camus has constructed I want to unfold the absurdities involved in becoming mentally ill and, more accurate, what these absurdities may be.

Institutional Narratives

The material for this study is drawn from a total of ten deep interviews with persons who have experiences with the field of psychiatry as 'patients'. For this text, three cases were chosen to illustrate the consequence of psychiatry in a narrative, who I call in this text Ip I, Ip II and Ip III. They are all born in Sweden, but are of different ages, Ip I and Ip II are men. These interviewees I met with in late October and early November 2005, at a meeting point for people who have a mental disorder. This meeting point is not directly connected to the practice of psychiatry. The reason why I choose this was that I wanted them to reflect around their lives as members of society rather than patients under psychiatry.

The interviews lasted two to three hours; they were tape-recorded and later transcribed into text. My first question was always "Do you want to tell me about your everyday life". By doing this, I wanted to provide a space for them in which they could tell their stories. This approach offers me an opportunity to analyse their paths to the positions in which they are located at the present moment. Each interviewee got an opportunity to structure a life story in a way that made sense for him or herself, and in a way each thought it made sense to me. They were the witnesses of their lives and indicated themselves as objects of their own descriptions. Each became the narrator of his or her own story in which he or she played the leading part as first person singular.

In order to make an analysis of this data, the stories were extended to include an institutional dimension, which means that the narratives are considered as a part of a social totality rather than as only referring to an individual narrator. The interviews reveal, then, the material environment, and his or her cultural and subjective experiences. Everyone has a "story", but these go beyond the "self" (Riessman and Quinney 2005). Hence, this study becomes what Dorothy Smith (2005; 2006) defines as an inquiry about the social by means of explorations of institutional relations and organisations. This exploration starts from a position in the local activities of everyday life and is in this text illustrated by the fictive character Mersaults life as it becomes estranging for himself.

Reframing History

In this text I work with different accounts of mental illness by studying how mental illness creates different trajectories in the narratives of the interviewees. The narrative is intertwined with medical judgements made by others. The story-teller loose agency in their life course and becomes an object of medical knowledge (Rendell 2004). But they are still the first person of their narrative, they are able to

unfold psychiatry and its intervention in their life story. Ip I, a white man around forty-five years of age, said:

> When I came back [from military service] to my job they probably thought that I was in good shape. And they burdened me with a huge load of work. A nasty load. But when I glanced at that blueprint, I felt that it was too much for me. And I just couldn't concentrate anymore… Everything started to spin around inside my head and the situation became untenable… And I started to cry. And all the others, the supervisors, saw me. So they sent me to the company doctor who wrote a letter that he put in a sealed envelope. He told me to go to the psychiatric clinic. But I hesitated, because I had never been in contact with psychiatry. On my way to the clinic I stopped, opened the envelope and looked at the letter. "Schizophrenia" was written there, but with a question mark at the end…
> *Interviewer*: Did you continue?
> *Ip I*: Yeah, yeah. I went to the psychiatric clinic because I thought that, how should I put it, that it was humane. I had a picture of it as that. And when I arrived they did tell me that I was going to be there for a while, and that I was going to receive medication. Medication that was horrible, as I experienced it. My head started to shake like this [he shake his head] and even more than that…

This is an account of Ip I's first meeting with psychiatry. The blueprint made him feel that it "…was too much… the situation became untenable" and he "…just couldn't concentrate anymore". But his first steps toward the field of psychiatry begin by way of his supervisor, who sent him to the company doctor with a written letter. It is a short account but summarizes how medicine gets into his life story. Then he ends with his personal experiences of psychiatric practices. In this excerpt 'others' are present and influence how the course of events turn out: Ip I said "…all the others, the supervisors, saw me…". Ip I is still the point of reference, he is the narrator, but he makes sense of his own position by referring to the other in a social system (Hydén 1997; Scheff 1999). His narrative as a former draftee and construction worker in good shape got interrupted when the company doctor had written "schizophrenia?" on a note in a sealed envelope. Social processes shed light on the narrator's own perspective and illustrate how the narrative is gradually transformed into an account of being mentally ill. After this event his life will not be the same as before

Illustratively, Mersault is the subject of various stories in which he is not able to intervene, and where the interpretations of his own past are beyond his control. A world comes into being through the actions and judgements of peers and other key-persons who contribute to a story far from his own control, the social *happens* (Smith 1999: 75). Hence, Mersault becomes categorized and narrated as a murderer, he thinks not of himself as such. Instead, this condition is an aspect of a larger social system, and the circumstances under which he lives is coupled to this categorization.

In the social sciences and health studies there is a growing concern about how people convey these stories and how they make sense of their own positions as a patients (Haglund 2004; Hydén 1997; Loseke 2003; Riessman and Quinney 2005). Dorothy Smith (1990) identified that describing a person as mentally ill includes a social organization of accounts. These accounts involves claims about both the context the person is situated in, and also about the actions performed, but they do not involve the person's own explanations of these factors. There are, therefore, different narratives, but also discrepancies among them. These narratives are

structured as a series of related positions in which psychiatry is located, but this is merely a trace, although it is almost taken for given.

Arthur Frank (1995) wrote, when a patient arrives at a psychiatric clinic, there is a medical explanation for the problems. The individual problems are incorporated into an abstract and a clinical evidence based terminology (Hallerstedt 2006; Horwitz 2002; Loseke 2003; Wakefield 1997). As Michel Foucault (1977) observed, the disciplinary functions of knowledge are everywhere in society, even in individual life stories. When a person is diagnosed as a psychiatric patient, she or he becomes a story-teller telling a story, but that story is deciphered in terms of a dominant knowledge of the other, who is also there and occupies the sphere (Aneshensel 2006; Cavarero 2000). In the sociology of mental health and illness, there has been wide discussion, drawing upon Thomas Scheff's writings, about whether these psychiatric diagnoses make claims about dysfunctions of the mind, or whether they refer to socially disapproved living. Scheff (1969) writes:

> Apparently under some conditions societal reaction to deviance is to seek out signs of abnormality in the deviant's history to show that he was always essentially a deviant. (p. 512)

Similar to Scheff but still far from him also APA (2000) asserts in the preface to DSM IV:

> The diagnostic categories, criteria, and textual descriptions are meant to be employed by individuals with appropriate clinical training and experience in diagnosis…the exercise of clinical judgment may justify giving a certain diagnosis to an individual even though the clinical presentation falls just short in meeting the full criteria for the diagnosis as long as the symptoms that are present are persistent and severe. (p. xxxii)

The categories of psychiatry are retrospectively inscribed in a personal biography to show that "he [!] was always essentially a deviant". In DSM, it can be read that a psychiatric diagnosis must be a clinical judgement of a psychopathological dysfunction in the mind and not about contextualised behaviour (APA 2000: xxxi). This dysfunction must, then, be identified by "…individuals with appropriate clinical training…". A psychiatrically trained person that "seeks out signs of abnormality" deciphers mental illness and, as a consequence, the individual who is diagnosed looses agency in the own life story. Scheff (1999) later wrote that a societal reaction to deviance is associated with systems of social control found in the role-taking part of the "looking glass self", control comes from seeing oneself from the point of view of the other and as a part of a social system. In order to make sense of a contextualised event, it needs also to be intertwined with social, political, public, and economic factors (Brante 2006). To understand someone's personal history, bits and pieces of different claims concerning one's own character are reinterpreted and responded to at the present moment, from the position in which one is currently located (Aneshensel 2006; Goffman 1963).

A clinical diagnosis involves a reconstruction of past events, which reframes history and describes it using psychiatric terminology. Personal biography is then narrated interpreted in a particular way to fit the psychiatric terminology. Ip II, a young man in his twenties who I met in his one-room apartment, said:

> *Ip II*: After a while I passed one year in high school almost half psychotic. Don't ask me how this was possible [laughs]. Then during the second year this was no longer possible. I continued to visit the doctor. But we should

> talk about everything. I brought forward lots of things. I was going to talk about my father. It was often about petty details, but I wanted to talk about it. I was stuck; I should talk all the time about the strangest things… We talked a lot about sexual things that make you feel filthy sexually. That I felt filthy… But I got it all out. It was the bravest thing I have ever done and today I feel clean. It took a long time to make me feel clean but it can ruin a whole life…

For Ip II there were no impending problems with the therapists; he talked about his past, about his father, and about "petty details". All in all, these things made him "feel filthy." But his goal was to frame these experiences so that he could, in the future, feel clean, "…and today I feel clean", he said, "but it can ruin a whole life". An account like this is composed by a totality of judgments that cannot distinctively stand on its own. The Italian philosopher Adriana Cavarero (2000) wrote that, in the myth of Oedipus, his life-story was a result of the stories that others told him about himself. In their stories he realized what he has done, and who he was. Oedipus' action toward his father is, and will always be, the same, but his action is reinterpreted when it becomes known who Oedipus is; that is to say, who his mother and father were. The frames that differentiate this event from other events in the narrative are set, which means that the narrator (Ip II) then becomes aware of himself in a particular way.

Framed Contemporary Positions

Sociologists taking their cue from Emile Durkheim assume that social categories are to be treated as objects as such. But illustrative with Mersault, he may think of his relationships to others as rational and appropriate according to his own position, whereas others may see his relationship as highly inappropriate. When these disparate views are brought together, they collide and constitute an unfamiliar and uncomfortable situation for the participants. These divergent and mismatched relations between two or more positions that Mersault experience; bring something absurd to his situation. Erving Goffman (1963) would say that his subjective version becomes alienated from the knowledge of the 'other' have about him. Or, as Cavarero (2000) puts it, universal knowledge excludes uniqueness from its epistemology. Accordingly, there is a discrepancy between the views a participant has about the field and his or her position in that field.

Experiences of the relationships among own thoughts, social positions, and frames are what constitute a biography and, also, a standpoint constituting ones self (Frank 2000: 356; Rustin 2000). In this sense, this is one kind of activity involved in the processes of becoming conscious of oneself and realizing one's position in the world. There are various ways of finding strategies to attain this position, from such a position it becomes possible to reframe and reflect upon one's self. Ip II, again, had a technique for doing this:

> *Ip II*: But then I started to think that now I am a disgusting fellow, because I think this thought. But this disappears when I read the newspaper.
> *Interviewer*: Is it reading the paper that helps you, or what it says?
> *Ip II*: Well. It is more like you can choose, y'know. That's the finest thing about it. You choose for yourself. That's the ultimate.

While reading the newspaper, Ip II is able to choose which story he is included in, how he frames his position. He feels "disgusting", that is a concrete feeling he starts with. If he feels like "…a disgusting fellow", he is able to experience this from a

new position, and to see himself from a new standpoint. The text encounter Ip II's actual present site, the text is a constituent of social relations and becomes more than it's meaning, it help Ip II to reframe and change his image of him self (Smith 1999). Still, he is not the full author of this story; his narrative is mediated through the "other" he finds in the newspaper. The textual "other" helps Ip II to pick up the pieces and to narrate his story. Similar to Scheff's (1999) version of Cooley's looking glass, he experiences his "self" as he believes how it is seen and by the other. One necessarily needs to be located with respect to the other (Scheff 1999). As Cooley (1998) suggest that the "I" has a meaning which includes some set of reference to other people. The account in the newspaper and Ip II's own story are what he currently chooses between. Ip II is able to reframe and associate himself with categories found in a newspaper. He is still ill but, by fitting in with a narrative related to something specific, he can reframe his future project and career (Murphy 2001):

> *Ip II*: The last summer holiday. That's when it really started to get off track. Dad and I often watched football together, y'know. And I got nervous that I could effect the players and so.
> *Interviewer*: It got to you…
> *Ip II*: Yeah, sure. I didn't dare to watch table tennis because I thought I messed it up for Waldner and so... But I thought if I sent positive thoughts. I was watching the TV Four News quite a lot and I thought: now I am thinking good things about you, he looks good. He's nice and so. And I heard that he got happy. But if I force positive thoughts then it comes out the other way, it gets negative and you notice that the person gets depressed and sad. I got terrified at what I did to them. Yeah, it was delusions… And I have to add that my social phobia was sky high… Extremely shy and unsociable. But I got pills for that. I was dead scared for people. And I thought that I was dirty and disgusting, I was ugly, y'know… that was me.
> *Interviewer*: Do you think that others thought about you in this way?
> *Ip II*: Yeah and I felt disgusting and all. But no one ever said anything like that to me.

After the point when he felt that it started to get of the track Ip II became "extremely shy and unsociable", and had a hard time in controlling what was happening to him. The process underlying his feelings is located between him and other persons and, even though the process is not possible to observe, it comes into being and exists concretely. In the relations between Ip II and the people he was dead scared about, something is absurd; Ip II cannot watch table tennis because he believes that he will mess up the game. No one needs to say anything to Ip II, he feels "disgusting and all" due to the position he gets by reflecting upon others. Ip II frames his narrative as a consequence or maybe as a response of the image that inscribed through socialization with others.

The Others

> *But what I in the beginning of my time in prison suffered from most was that I still thought as a free man […] But that only lasted for some months. Then all my thoughts became a prisoner's thoughts.*
>
> Albert Camus, The Stranger

Once in jail, when Mersault reflects upon his position, he comes into being as a prisoner. He becomes conscious of himself, or more accurately, from his reflections he builds an image of himself - his "…thoughts became a prisoners' thoughts". But, his thoughts were still not murderers' thoughts; nevertheless his narrative as a free man is wrecked. In the construction of a life story, he relate to the institutional order in which the story is involved. The order makes them conscious of him self in a certain way. From Jean-Paul Sartre (Sartre, Löfgren, and Nygren 1988) reading of The Stranger, it can be concluded that the absurdity Camus illustrated with the character Mersault is a common feature of all social interaction. The novel is more concerned with the breaking of a reciprocal consensus between a social structure and an actor therein, than it is about a criminal. In adjusting to the new context and relationships, the actor gains insight about who he or she is. Whether this insight is satisfying or not, it is conformed to when it is realised that this is how they are seen in the eyes of others (Cavarero 2000; Mead and Morris 1962; Waldram 2007). Mersault is an example of the relations between the self and the social world in which he is intertwined, but the unifying bonds are dissolved. There is a rift between his presumption and the social reality that others represent. That crack is masked in the subject but recognised in the absurdities of madness (Foucault 1988).

In the interview with Ip II, I stress the process of being categorized and how this is made sense of by him and how the he start to think thoughts from a new position:

> *Interviewer*: But. If it [the newspaper] says something stupid. If there are any horrors in the paper then?
> *Ip II*: It is very important to feel what others feel. Yes. What others feel. Because it is what happens outside you. It's when you start to think everything works out fine, y'know. That's what the whole thing's about, it's not only about yourself it's about. If I should only be alone in my apartment I would turn into a loner, a complete outsider, y'know. It is like when I can relate to reality and to others and use them as a sounding board, see. Yes, you know a sounding board and me and that's when I can experience that I am a part of reality in reality.

Ip II achieved insights when he used some version of the other as a "sounding board"; he becomes defined as a category by this sounding board. He knows himself through his conception of the "other" he gets from a morning paper, television and social encounters. In this quote he finds an orientation for situations and experiences himself by relating "to reality and to others" as it is embodied in the text. He observes himself and uses the "sounding board" as a mirror of recognition, his solid sovereignity as a subject dissolves in the image he gets from the mirror (Foucault 1988). When his conception of him self bounces back from the mirror it is turned into history and embedded in a narrative structure that makes sense.

In a social situation the dividing line between a subjective life and a social position becomes blurred (Aneshensel 2006). So, as Goffman (1967) points out, the situation is more important than the person, the "self" is settled according to the appropriate rhetoric for the moment. In Camus story Mersault starts to think a prisoner's thoughts, which becomes concrete when he looks out the window over the walls from inside the prison and sees a tree. For Ip II it is important to experience him self in a setting, to realise that he is "a part of reality", he said. Without this context he is not recognized. In this passage, Ip II emphasises that it is "important to feel what others feel" and "what happens outside you". If this were absent, he "would turn into a loner, a complete outsider".

The stories the interviewees told frequently referred to what others had done in particular situations. These others made the interviewees realise that there were problems with themselves. Ip III, a young woman about the same age as Ip II, often kept to turning points in her narrative when "others" were active in the story; often more active than she herself:

> *Ip III*: My life changed when I was twelve. And when they recognized. It began when I started to have headaches, not everyday or so. But then they tested the usual, glasses and so. There was a lot of popping in and out of the hospital because they thought it was migraine. This was around 1998, back then I was eleven, due to turn twelve in the autumn. Midsummer day, at that time everything broke out.

In this quotation Ip III referred to events that involved objects such as the hospital, herself, and glasses as well as persons, "they recognized", "they tested", "they thought". All these elements are significant to her story; the different components drive it forward and help her structure her experiences in a way that makes sense to her. Even though she plays the leading part, she structures the events as though she does not possess agency. Despite the fact that it is she who gives me a short version of her life that it is "I" who has a headache, nevertheless, it is "they" who "tested the usual", "who thought it was migraine". It is they who from the beginning "recognized" the state Ip III was in. She is no longer the actor in her own story; but she is the narrator, representing the first person's voice telling where and when it took place and who did what. She evaluates the components from her point of view, putting them in relation to one another and these components together make up an autobiography in which mental illness is located. From this comprehension she tells a story about herself and how she got sick. Simultaneously, she places herself in the world using the terminology of those in a dominant position – who are the anonymous, but still influential, "they". In the moment that others, or Ip III herself for that matter, became aware that there was something wrong, she (or they) got in touch with a psychiatrist and she "popped" into the hospital. From this point on Ip III became an element in a patient's story, even though she is actually in the same story as before, together with the same persons, objects, and illness as previously. The major difference is that her future is now framed in a new way, and her history has also been reframed. This is her turning point.

Ip III's "I", as Oliver Sacks (1994) wrote, is pushed forward in a direction determined by a terminology far from what she was used to. The relational order in her biography is changed. Now she also participates in a field structured by a psychiatric ontology. In Ip II's metaphor, she uses the field of psychiatry as a "sounding board" to script her version of her life. The experiences she has had in the psychiatric field have consequences for how she sees herself. She becomes aware of herself in terms of the categories of the field of psychiatry, which changes her social position.

The interview starts with Ip III saying, "…I shall try to give you a short version of my life". This is when Ip III ascribes to herself the narrator's voice and, as narrator, picks those components she thinks are relevant for me to hear. Together, these fragments will make up her life story, showing how she makes sense of herself. In both the social and psychiatric fields she has received specific knowledge about herself that is deduced and generalized from both interactions and what she believes other persons think about her. As George Herbert Mead (1962) wrote in a supplementary essay to his book Mind, Self and Society; self-development and social

development turn out to be correlated and interdependent. As in the quotation from Ip II, in which he speaks of developing a self using "the other" as a "sounding board". The boundaries between social structure and the "self" are established by the means of reflections upon oneself and society.

Conflicting Narratives

In the story about Mersault, Camus portrays him as a stranger and refers to the incommensurability between his subjective story and others' interpretations of the same. It is difficult to say what is actually going on by analyzing a single position. When making sense of a biography events that took place elsewhere, in other contexts are reach out for; a totality is needed to make the experiences concrete. It is not enough to only focus upon the individual. Social interactions here and now are framed with events happened elsewhere (Goffman 1990). The categories that a person uses in defining one self are a part of a world and these categories are derived from happenings in that world, then applied to one's own autobiography. Back to Ip III's story; when she got home from the hospital she returned to school a new trajectory were found. She was now not only a girl/pupil - she was now a girl/pupil/patient:

> *Ip III*: Then I should return and tell everything and so I thought it should be so exciting… Meet old friends. I felt like an UFO when I arrived [at school]. And, well. I was… I didn't have a single friend left. This was my first shock. To get punished because I got so sick. I got bullied instead, the whole sixth grade, sometimes I went there and sometimes I just simply couldn't. And without any contact with persons my age in my spare time when I started seventh grade, we split up even more and then I manage to go. That worked and I could continue. But I had been detached from my friends for a long time in some way. So I had both matured faster but during the same time I couldn't keep up with them, didn't have the same laughs, same language.

Ip III's life had changed, she "felt like a UFO" and "didn't have a single friend left", that was her "first shock". But what is more important is that she was in a new position. The understanding of her self that she received in school made her conscious about herself as having experienced something others have interpreted differently. After she had been away, others' perceptions of her and what she had been subjected to differed from her own perception of the same event. As a result, Ip III is able to take on the views of others and reflect upon them. From this self-reflecting activity she structured her narrative. She said, "…I got punished because I got so sick", and as a consequence of this she "…didn't have a single friend left". She got bullied, and she started to skip school, she "…felt like an UFO."

IpIII includes the views of "others" as a contrast to her own story. In this account, she explains that it is the "others" who pushed her into an alternative career. This produces a secondary socialisation and this new social role is more or less reified as a standard of objective reality (Berger and Pullberg 1965). Therefore, it is the role her classmates associate with her, and the staging of this role that becomes a primary framework for Ip III. The results of this situation set her on the road to becoming a deviant, a role of which she was unaware before her classmates treated her as such. Even though Ip III experienced herself as "sick", it was her friends and peers who forced her to act as an outcast. She gained insight about herself from

others' definitions, and deduced her role from their opinions, unable to "follow up with them". She entered on a path not recognised by the generalised other, and this path demanded a certain understanding of she herself. Nevertheless, she "…felt like an UFO".

Husserl (Husserl et al. 1992) once stated that subjective reflections are the claims that make up a structure by which the persons involved orient themselves. In the same moment that the structure of a situation is settled, the "self" is also determined. By discerning the structure, or at least having a notion about it, the meaning of a situation emerges and the situation is recognized (Goffman 1986). This is like Ip II's "sounding board", which allowed him to recognize himself via his peers, or like Ip III when she developed an understanding of her position as a patient after she discovered a structure in school. In this sense, interaction becomes a mixture and jumble of events, experiences, trajectories, and knowledge taken from disparate locations, mutually constructing a common ground for each particular situation. As Ip III said, "So I had both matured faster" and "I didn't follow up with them, didn't have the same laughs, same talk". She broke the frames and walked lines that lead her away from her friends, away from the common ground — the situation in school became absurd. Even though she was linked to the same context as before, she moved outside of that context and experienced herself in a new position. The connections between Ip III's person and her role were shattered, in order to establish the relations she needed to adopt another role (Goffman 1986).

Discussion

Michel Foucault (1988) wrote that madness is a familiar silhouette in the social landscape. When madness is contextualized in a social landscape it, then, become a thing to look at and it is no longer a part of the individual. But rather a feature of society with own mechanisms derived from the social circumstances. What I have done in this text is to stretch out the narratives and treat them as a part of the social landscape to unfold how the social intervenes in the provided story. In this sense, their life stories become wrecked not because they have been diagnosed with a mental illness, but because they loose agency in their own story. So, similar Camus' novel about Mersault, this wreckage brings an absurdity to their lives that they have hard times to make sense of.

By talking about own experiences one is giving the story uniqueness with the own voice. The voice always puts forward the "who" of saying (Cavarero 2005). Using the voice of the narrative's first person put a face behind the experiences, a subject. But what is said is grounded in stories of the anonymous social "Other". By locating the story on a social landscape it bounces back from the social sounding board and makes that part reified. The story becomes an object when its events in retrospect are put into an narrative structure (Arendt and Persson 2004). Even though I have listened to life stories, they have come out as if someone else told them. Something intervenes in the story that they themselves cannot master. The dilemma here is that the life course as a "normal" is wrecked and becomes the narrative of someone who has broken some kind of norms. The patient is constructed through the terminology of psychiatric knowledge when the person who is showing the symptoms and the social actors surrounding him accepts it. One side here is that the patient belong to residual categories originating from the constituents of the social structure (Parsons 1964; Parsons 1968). But on the other, the existing

structure will construe and determine these residual categories and, as a result, the dichotomy between normal and deviant is once again frozen and static. Foucault would probably say that history of the "insane" is still the history of the 'sane'. As Mersault, he was no criminal until others' recognised him as such. According to others he had violated some norms and laws, but he himself could not agree to this. He then became conscious of himself – or, more accurately - from his reflections he formed an image of himself. But still, it did not occur to him what norms he had violated. During the novel he made a career that was out of his control, he did a career to become a criminal.

Mersault and the interviewees for this text have nothing in common more than that their stories are illustrations of the same social phenomena of becoming something that they themselves must make an effort to make sense of. Which bring us back to what Scheff suggested that it is necessary to specify which norms have been violated. But, also, on which level the violations have taken place (Brante 2001). Diagnostic psychiatry determines with which illness category a patient is to be associated and do this clinically. However, the excessive inclusiveness of the obtuse DSM criteria brings consequences on other levels than the one to which it originally refers (Wakefield 1997). Diagnostic psychiatry usually proposes that the identification of a certain cluster of symptoms indicates the presence of a particular disease (Horwitz 2002). But the norms these symptoms are associated with are also valid on the social level; the social is intertwined with the mental. Both psyche and social are part of the parcel of mental illness. The stories the interviewees give are very much about the social and how this part intervene in their careers to become mentally ill. The "Others" acts them, only by having the interviewees describe and talk about it. That's what turns the narratives into being absurd.

References

Aneshensel, Carol S. (2006) "Mental Illness as a Career: Sociological Perspectives." Pp. xvii in *Handbooks of sociology and social research*, edited by C. S. Aneshensel and J. C. Phelan. New York: Springer.

APA. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arendt, Hannah and Annika Ruth Persson (2004) *Mellan det förflutna och framtiden : åtta övningar i politiskt tänkande*. Göteborg: Daidalos.

Berger, Peter and Stanley Pullberg (1965) "Reification and the Sociological Critique of Consciousness." *History and Theory* 4:196-211.

Brante, Thomas (2001) "Consequences of Realism for Sociological Theory-Building." *Journal for the Theory of Social Behavior* 31:167-195.

-----. (2006) "Den nya psykiatrin: exemplet ADHD." Pp. 128 in *Diagnosens makt : om kunskap, pengar och lidande*, edited by G. Hallerstedt. Göteborg: Daidalos.

Cavarero, Adriana (2000) *Relating narratives: storytelling and selfhood*. London: Routledge.

-----. (2005) *For more than one voice: toward a philosophy of vocal expression*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.

Cooley, Charles Horton and Hans-Joachim Schubert (1998) *On self and social organization*. Chicago: University of Chicago Press.

Foucault, Michel (1977) *Discipline and punish: the birth of the prison*. London: Allen Lane.

-----. (1988) *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. New York: Vintage.

Frank, Arthur W. (1995) *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: Univ. of Chicago Press.

-----. (2000) "The Standpoint of Storyteller." *Qualitative Health Research* 10:354-364.

Goffman, Erving (1963) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

-----. (1967) *Interaction ritual: essays in face-to-face behavior*. Chicago: Aldine.

-----. (1986) *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern Univ. Press.

-----. (1990) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.

Haglund, Kristin (2004) "Conducting Life Story Research With Adolescents." *Qualitative Health Research* 14:1309-1319.

Hallerstedt, Gunilla (2006) *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.

Horwitz, Allan V. (2002) *Creating mental illness*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.

Husserl, Edmund, Dick A. R. Haglund, Sven-Olov Wallenstein and Daniel Birnbaum. (1992) *Cartesianska meditationer: en inledning till fenomenologin*. Göteborg: Daidalos.

Hydén, Lars-Christer (1997) "Illness and Narrative." *Sociology of Health and Illness* 19:48-69.

Loseke, Donileen R. (2003) *Thinking about social problems: an introduction to constructionist perspectives*. New York: Aldine de Gruyter.

Mead, George Herbert and Charles W. Morris (1962) *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: Univ. of Chicago Press.

Mirowsky, John and Catherine E. Ross (1989) "Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement." *Journal of Health and Social Behavior* 30:11-25.

Murphy, Dominic (2001) "Hackings Reconciliation. Putting the Biological and Sociological Together in the Explenation of Mental Illness." *Philosophy of the Social Sciences* 31:139-162.

Parsons, Talcott (1964) *Social structure and personality*. London: Free Press of Glencoe.

-----. (1968) *The structure of social action: a study in social theory with special reference to a group of recent European writers. 2, [Weber.]*. New York: Free Press.

Rendell, Joanne (2004) "A Testimony to Muzil: Hervé Guibert, Foucault, and the Medical Gaze." *Journal of Medical Humanities* 25:33-45.

Riessman, Catherine K. and Lee Quinney (2005) "Narrative in Social Work: A Critical Review." *Qualitative Social Work* 4:391-412.

Rustin, Michael (2000) "Reflections on the Biographical Turn in Social Science." in *The Turn to Biographical Methods in Social Science : Comparative Issues and Examples*, edited by P. Chamberlayne, J. Bornat, and T. Wengraf. London: Routledge.

Sacks, Oliver W. (1994) *A leg to stand on*. New York: HarperCollins.

Sartre, Jean-Paul, Karin Löfgren, and Lars Nygren (1988) *Tystnadens republik: Sartre om Sartre*. Stockholm: Norstedt.

Scheff, Thomas J. (1969) *The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorder: A Research Framework*, Edited by A. C. Clarke, R. R. Dynes, and S. Dinitz. New York; London: Oxford U.P.

-----. (1999) *Being mentally ill : a sociological theory*. New York: Aldine de Gruyter.

Schleifer, Ronald and Jerry Vannatta (2006) "The Logic of Diagnosis: Pierce, Literary Narrative, and the History of Present Illness." *Journal of Medicine and Philosophy* 31:363-384.

Smith, Dorothy E. (1990) "K is Mentally Ill: the Anatomy of a Factual Account." in *Texts, facts, and femininity: exploring the relations of ruling*, edited by D. E. Smith. London: Routledge.

-----. (1999) *Writing the social: critique, theory, and investigations*. Toronto: Univ. of Toronto Press.

-----. (2005) *Institutional ethnography: a sociology for people*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

-----. (2006) *Institutional ethnography as practice*. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield.

Wakefield, Jerome C. (1997) "Diagnosing DSM-IV - Part I: DSM-IV and the Concept of Disorder." *Behavior Research and Therapy* 35.

Waldram, James B. (2007) "Everybody Has a Story: Listening to Imprisoned Sexual Offenders." *Qualitative Health Research* 17:963-970.

Citation

Loodin Henrik (2009) “The Absurdalities of Mental Illness – A Narrative Inquiry into Psychiatric Diagnosis.” *Qualitative Sociology Review*, Vol. V Issue I. Retrieved Month, Year (http://www.qualitativesociologyreview.org/ENG/archive_eng.php)

Delarbete II

Living in "Contra Life" – a biographical approach to posttraumatic stress disorder

Abstract: *This article provides a sociological analysis of the posttraumatic episode of the psychiatric diagnosis Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). The purpose of the text is to reveal how the adaptation phase after the trauma and the migration process is in retrospect made sense of. The material consists of three life stories of refugees in Sweden who could not stay in their countries of origin due to an ongoing conflict. The refugees currently suffer from PTSD as a consequence of the violent events they had experienced and awkward situations they had been involved in. The life-stories in this text illustrate an episode in the refugees' biographies showing that they are included in to a process that they cannot make sense of. Though, they make sense of the traumas of their past but not the life they lead for the moment. This text, then, suggests that the adaptation phase may be traumatising in itself and trigger the stress related symptoms that, then, become diagnosed as PTSD.*

Key words: Posttraumatic Stress Disorder, Refugees, Life Stories, Biographical Analysis, Sociology

1. Introduction

> Sing to me of the man, Muse, the man of twists and turns driven time and again off course, once he had plundered the hallowed heights of Troy (Homeros, 1996, pp. 1-3).

Among ancient narratives, the Homeric epic *The Odyssey* has a special position. It takes place after the Trojan War and describes the numerous twists and turns that Odysseus navigates on his wanderings back to Ithaca. In the moment when he and his crew sailed off toward what Odysseus called home, they entered a borderland between the plundered heights of Troy and the return of Odysseus to his wife, Penelope, at Ithaca. This voyage was very much a necessary transition,

a threshold Odysseus and his crew had to cross; they knew what they were leaving and that they wanted to return home. But they did not know what awaited them in-between, on the borderline between past and future, on a sea of uncertainties. In this text the story about Odysseus is used to illustrate a way of understanding life stories of refugees with posttraumatic stress disorder (PTSD), but Homeros' story is also used to portray how social life may be made sense of from the stand-point of one individual. The overall purpose for this paper is to receive knowledge about the posttraumatic period of the diagnosis PTSD and how refugees may experience this specific episode of their life. More specifically, this article is about controlling one's own life story and biography when one becomes mentally ill because of a trauma that also leads to a migration process. In order to do this, the aim is to scrutinize how different social institutions intervene in personal life stories and how a specific episode of a life story is made sense of in retrospect, from the social position in which the protagonist now is located at.

The following paper takes a biographical approach to the mental illness PTSD in relation to migration. A life story turned into a biography is, as Brian Roberts (2002) and Michael Rustin (2000) defines it, a recollection of what the storyteller believes to be true. From these recollections one can, then, construct a story and begin social inquiry about the life of the protagonist of the story. The empirical material for this is metaphorically located on the Homeric sea of uncertainties, as it unfolds in life stories when the journey on the sea cannot be made sense of because it is out of the storyteller's control of what is happening. That is, when the end reached is not as it was supposed or expected to be from the beginning. What is here analyzed is how these refugees narrate their present location that is on the borderline between past and future, but from which the interviewees have not been able to proceed. That is to say, the past does not lead forward to an eagerly awaited future end; this is similar to what Arthur Frank (1995) describes as narrative wreckage. The narrators for this text come from different countries and are of different backgrounds, but their contemporary experiences correlate and are, however, very much similar. This article concerns, then, the question that Odysseus might have asked when he found himself on the shores of Ithaca as an old beggar, when only his dog recognized him - How the hell did I end up like this? This is not what is supposed to happen. And how that inconsistency embodies as a mental disorder.

2. The Telling of Life Stories

Much has been written about Odysseus as a personification of the western myth of the modern self-made and self-same individual, i.e the male subject. The story of his life correlates with the moral and social world of which he is a part. Following Shari Stone-MNediatore's (2003, p. 44) reading of Hannah Arendt, experiences need to be interpreted and transformed from the shadowy uncertainties of one's marginal, intimate life to the commonly shared world of public experience. Accordingly, marginal experiences cannot be made sense of until they are included in or contrasted against the generalized experiences that dominates public sphere. Only in retrospect does the journey make sense, that is, conventional sense, something which also has to do with the ideological processes that shaping institutional practices, Stone-Mediatore (2003, p. 98) writes. Failures and the twists of fate are deduced from the bigger context they are a part of (Brockmeier, 2001, p. 249). But, what can we learn from the Homeric epic? The Greeks probably knew the story as Homeros wrote it, before it was written (Eco, 1994, p. 33). First, it leaves us with a way of understanding and a way of telling a life story, how a life is expressed to make sense for a reader or a listener. Secondly, it leaves us with a way to understand an external context through the story about one individual person. So, The epic is about an odyssey and not exclusively about Odysseus.

For this article set of interviews that consists of ten life stories, and each of the narrator talked about an episode in their life that did not make sense to them selves; their life projects were disrupted and wrecked. In this wreckage I, by starting from an individual standpoint, undertake a hermeneutical and interpretative social inquiry that connects their individual stories with an institutional level. A standpoint, as I use it, is understood as an act of self-reflection that both reflects unique experience and asserts membership in a community of those who understand similar experiences in mutually supportive ways (Frank, 2000, p. 356). This approach is exemplified and developed by Dorothy Smith (1987, pp. 107-108) and aim to visualize the social through the individual standpoint. Smith later wrote that it is an inquiry that goes from people's local experiences to the extra-local actualities of society (Smith, 2005, pp. 38-39). Biographical episodes are here used to illuminate the social by listening to stories from an individual.

During transcriptions of the ten interviews, three narrators were distinguished from the majority, in the sense that their stories did not cohere in the same manner, as did those of the others. A story depends on its consistency, how different parts fit together and are structured in an orderly manner, so that the narrative is assessed as meaningful (Mishler, 1999, p. 14). These three interviews were chosen because they followed a similar plot or had a similar story. What marked them out as empirically unique in relation to the other five was that each of these three interviewees had first applied in an orderly manner for a residence permit, and after some time had received a negative answer to the request; however, in each case, during the period of waiting, new conflicts had flared up in the countries of origin. Therefore, each was given a chance to apply once again, for another evaluation, and once again they sailed on a sea of uncertainties. During this period of time, the symptoms of PTSD became more intense, in the sense that the refugees could not make sense of their circumstances.

Stories reflect participation in specific social and moral worlds, and depend on personal and cultural resources (Bury, 2001, p. 264; Garro, 2003, p. 6). If we are to understand social life and social integration, we also need to understand the narratives that dominate this social sphere and how this life and integration is made sense of. The introductory recapitulation of "the Odyssey" is illustrative of how the uncertainties that lie hidden along the way to an eagerly awaited end of a journey may be described. For Odysseus, the journey starts from the victorious incidents at Troy, but he then wanders through the unknown, to end up appearing to be an old beggar, before finally reaching his throne – that is the end of his story. At this point, the story makes sense, however, very much so because Odysseus is in the centre of events. It is he that navigates towards the end of the story; he is the hero of the narrative - his project never changes and no one manages to put him off track – he is in his place. Odysseus finds himself where he wanted to be when he set out on his journey; nothing is absurd to him, and finally he can look back on his past wanderings from the place he aimed for from the very beginning. The narratives for this article are very much the opposite of the one of Odysseus – something has put them off track that they themselves cold not master.

3. A biographical approach to posttraumatic stress

The Homeric backdrop offers a milieu for the narrative shape of traumatic experiences. Ultimately, a narrative is defined by the identity of the storyteller and, accordingly, how the narrative is shaped depends also upon this identity (Robinett, 2008, p. 292). Odysseus is the hero of the journey, of the narrative, a hero who follows what Frank, citing Joseph Campbell (1956), calls a quest narrative, in which the storyteller is an active participant who keeps chaos at bay (Frank, 1995, p. 115). The quest consists of three parts; in "The Odyssey" it starts with the *departure* from Troy, but before the *return* to Ithaca bringing home the boon, an *initiation* must provide the story with consistency, meaning that the events in-between departure and return must cohere (Campbell, 1956). During this initiation, experiences in the story are organized as meaningful (Frank, 1995, pp. 117-118). In functional terms, the quest narrative becomes embodied in Talcott Parsons (1964, p. 436) 'Sick Role', which means that 'the sick' work toward a common goal of becoming well again Illness narratives that follow the three parts of the structure of a quest narrative start with the symptoms of the disease as departure and end with the defeating of these symptoms and returning to the role one had previously. As in the sick role, the protagonist in the narrative is considered the remedy, he or she organizes the narrative so that it coheres – he or she conquers the disease and keep the symptoms at bay.

A person who escapes from areas of civil or social unrest must pass several barriers before he or she can, finally, settle down and construct a biographical episode about the experience. Leaving such an area of unrest often means that a person may have experienced disturbing events. Such experiences are usually referred to as traumas or, as they are described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, experiences that leave traces of fear, helplessness, or horror in the person's history (APA, 2000, p. 463). One's intimate experiences of a conflict are thus transformed into a psychiatric language. From this perspective, the trauma is usually recognised by psycho and physiological disturbances that create symptoms such as feelings of emotional numbness, hyper-arousal, anxiety, or aggression as well as depression. These are factors that can cause considerable impairment in daily life and are causally related to the traumatic events. The memories of the trauma are embodied, creating significant distress in social or occupational functioning in a direct causal relationship stemming from a specific traumatic experience (Maier, 2006; Stam, 2007).

4. Swedish Migration Policy, Mental Health and Posttrauma

During the first five years of the 21st century, an increasing number of refugees arrived in Sweden, although when calculated relative to refugees from previous years, a smaller percentage of the most recent refugees received permanent residence permits. The handling of asylum applications usually included a long process of waiting for the refugees, with an average turnaround time during this period of one and a half years. This was considered by the UN to be inhumane because it created secondary problems for the asylum seekers (Hunt, 2007, pp. 19-22). When the waiting process came to an end, many refugees did not accept the fact that they received negative answers to their applications for asylum. Their immediate position was determined by their own opinions that they could not return to their countries of origin; at the same time, according to the Swedish Migration Board (SMB), they were not allowed to stay in Sweden. They were forced to go underground and live illegally in Sweden as "undocumented" refugees.

The Swedish government was criticized for violating human rights, especially in the sense that asylum-seeking adults did not have the same access to health care as legally domiciled adults. In the UN report it can be read that the undocumented refugees represent one of the most vulnerable groups in society, consisting predominantly of rejected asylum seekers, as well as immigrants who have never claimed asylum but overstayed in Sweden. But Swedish migration policy did not facilitate an improvement to their situation.[1] In the autumn of 2005, the Swedish government decided to give former asylum seekers the right to a new trial: all asylum seekers who made themselves known to the police and the migration board between 15 November 2005 and 31 March 2006 would receive a new trial.

The findings of Metin Basoglu et.al (2005) imply that once survivors of human rights violations are in a safe environment, they may not be at serious risk of developing PTSD or depression. This

[1] It was also noted that, after a decision of expulsion, many children developed severe withdrawal syndromes, similar to the psychiatric diagnosis *pervasive refusal syndrome*. These children were, in the media, labelled "apathetic children", a condition characterized by the children lying tube-fed in their beds, withdrawn from the context in which they had previously been included; they neither ate nor communicated.

reasoning presupposes that the host country does not violate basic human rights and that the refugee can feel safe and secure. Zachary Steel (2003) has shown that the turnaround time for migrants to Australia triggered upsetting memories. The informants for that study reported feelings of sadness and hopelessness, and episodes of anger in the week prior to interviews; it was concluded that the time in trial for residence permits damaged refugees. Basoglu et al. (2007, p. 283) comment on this, saying that psychological stressors cannot be easily distinguished from physiological torture in terms of their relative psychological impact. In mapping these factors, the Center for Traumatic stress in Sweden also found that refugees who had received permanent residence permits showed fewer symptoms of mental illness than those who lived undocumented without residence permits (Larsson & Ekblad, 2007, p. 23).[2] Something that is also shown in an Australian study: asylum seekers begin a primary depressive state when a negative decision is received (Sultan & O'Sullivan, 2001). That Australian study concludes that the symptoms of PTSD are related to migration policies and to the mandatory practice of the migration board. From this reasoning, PTSD, as a mental disorder, can be extended to the institutional context of migration – there is a lack of control over one's social situation.

5. Method. The autobiography as a biography

In book eight of the epic, Odysseus's journey becomes meaningful for Odysseus himself as he sits incognito among the Phaecians and listens to a blind poet's hymn about the Trojan War. In the tale of this rhapsode, the discontinuous events Odysseus experienced when he lived through the events of the Trojan War are woven together so that they cohere as a continuous story (Cavarero, 2000, p. 18). Odysseus was able to make sense of the events in Troy when he heard them narrated by another; he then knew who he was (Cavarero, 2000, p. 18 & 35). He was initiated into his own story retrospectively, in a different time and place from when the events themselves actually occurred. This is similar to what Hydén (2008) writes: the 'I' of then is connected with the 'I' of the present, and so the teller of the story is able to shed a new light over her or his 'self' as the protagonist of a

[2] This study did not follow an evidence based research design. However, it was a pilotstudy mapping the conditions for migrants with PTSD. Hopkins Symptom Checklist 25 and a short version of Harvard Trauma Questionnaire were used.

story that has been exposed to institutional forces. In sociology this has been discussed in terms of how listening to the accounts of people's lives makes it possible to understand social contexts. The "I" of present fit both "the others" conceptions about ones self and how one fit in institutional practices (Cicourel, 1995, p. 27). More precisely, the social is to be understood via the accounting of the narrator for his or her autobiography. When concentrating on and examining these spoken life stories, it is possible to produce a sociological analysis of the actualities of each narrator's life. That is, how those narrated actualities are embedded in a social context and amidst the hardships of everyday life.

Life stories of this kind reveal the social and, then, expose relations between the narrator and institutional arrangements (DeVault & McCoy, 2006). But because each story comes from a person who is deemed to be ill, they become 'illness stories', even though the illness part is peripheral to the plot (Frank, 1995; Kleinman, 1988). For the people concerned, there are other factors that are more relevant than the symptoms. Therefore, they are able to provide a better understanding of what it is like to live through the actualities of everyday life while having both the diagnosis PTSD and also experiences from a previous migration process. Therefore, although these stories are narratives about PTSD, they present characteristics that are central for the interviewees. All people with PTSD have the same clinical diagnosis, but the particular living conditions of each person differs in ways that have consequences for his or her everyday life. Accordingly, these consequences may not be covered by the constructs of medicine because they focus on a different object. But the individual does not exist in a vacuum; instead, he or she is very much the product of the social aspects of everyday life, as it is found in attitudes, intentions, and experiences (Brante, 2001, p. 181). So, to make sense of the psychiatric concept of PTSD from the standpoint of the individual, the life stories are treated as a part of the 'social'. An autobiography does not exist in a vacuum and it may tell more about intersecting social organizations and institutions than about an individual. When connecting the "I" of then together with the "I" of the present episodes are initiated in retrospect in a life story. When the story ends the protagonist has fused with the identity of the narrator. I tell a story about someone who in the course of events turn out to be me (Brockmeier, 2001, p. 251) These retrospective initiations are explanations and depend, then, significantly upon the identity of the protagonist of the story and the identity postulates

another as a necessary (Cavarero, 2000, p. 20). Therefore, the story is hard to tell as an autobiography - unfolding instead as a biography from the other.

5.1 Translation Dilemmas: Three Methodological Obstacles

I collected the material at a language school for refugees during the fall of 2007. The interviews were conducted together with an interpreter in a meeting room located at this language school, and all the interviewees have the diagnosis PTSD. The approach was to start from the standpoint of the interviewee and from this location obtain information about institutions such as psychiatry, the Swedish Migration Board (SMB), language, employment, or whatever the refugees thought it was relevant to talk about. The interviews for this article were done with the aid of an authorized interpreter who spoke the native language of the interviewee, with Swedish as a secondary language. For ethical reasons, I give the interviewees the name Mahmod, Ina, and Nadia. The interviews were all tape recorded and later transcribed into written text. Focus for the interviews was upon the period of time after each interviewee's arrival in Sweden, and how each individual made sense of this posttrauma period. The interview began with a presentation of the purpose of the interview. I explained that the interviewee could stop anytime he or she wanted, that the interviews were anonymous, and that the interviewee was free to withdraw his or her story and retrieve the recording. My first question was always: "Please, can you tell me about your time in Sweden?" Before the interview ended, my final questions were "Do you want to bring something forward that you think that you have missed? Is there something you wish to clarify or something you want to withdraw?" The shortest interview lasted for one-hour, the longest, two-and-a-half. After the interview I remained for a while, talking with the students and teachers at the school where the interviews were conducted. No one wished to quit or withdraw from the interviews.

There were three persons involved in the interview: the interviewee, the interpreter, and me; thus, there was not only storytelling involved but also acts of translation, i.e. spoken translation. This introduces three epistemological obstacles, including analytical issues of bias, power relations, and distance. These obstacles refer to the central issue of who possesses and produces knowledge and of what the knowledge is about. First, the translation introduces a distortion in the final

material. Meaning that the translation cannot be fully 'correct' from the interviewee's point of view, even if it could be, however, it is in this sense more correct from the interpreter's point of view. The analysis will also suffer in the sense that there are problems with reliability; nevertheless, the findings may be valid and reveal an accurate phenomenon. Usually this means that the interviewer treats him or her self analytically as external to the narrative, and not as a part of the knowledge production. But if the narrative is recollected as external to the interviewer's experience and analyzed as a text, then the findings are located within the text that the interviewer asks for (Hydén, 2008, p. 50; Temple & Young, 2004, p. 163; Whittemore, Chase, & Mandle, 2001, p. 530). So, the empirical material depends very much upon the interviewer and the cultural context he or she also is a part of. Following this reasoning, the material is collected together with the interviewee and cannot be treated as external. This first obstacle is reinforced by the interpreter's translation of the narrative to a language that the interviewee does not have control over. The interpreter is introducing bias in the material but it is treated as if the interviewee was fluent in the language spoken. Accordingly, the original protagonist of the story does not structure the narrative.

The second obstacle appears here, meaning that the protagonist of the story does not become the master of his or her story. Every social agent aspires to have the power to established a worldview by naming but, ultimately, the identity of the interviewee is in the material constructed by the 'other' who is the interpreter who can speak the relevant language for the interviewee (Spivak, 1992, p. 177; Temple & Young, 2004, p. 164). The interpreter gives voice to the interviewee as if she or he could not speak for his- or herself; there is a hierarchy in the situation. In this hierarchy the interviewee becomes situated at the bottom; it is the interviewee that is questioned, the material depends on the questions asked, but the story is translated into another language and into another rhetoric distanced from the interviewee's life world and own language. The third obstacle is that the material comes in a strict sense from the interpreter, rather than from the protagonist of the story. This means that the interpreter takes on two roles, both the interviewer's and the interviewee's. The interviewee is clearly in the 'researched' position, that has his or her story captured by the interpreter who subsequently releases it to me in a way that the interpreter believes that I will understand.

These obstacles are important to bear in mind; what is significant for this study, and for biographical research, are the relationships

between life and the story told and not exactly how the narrative is verbalized (Stanley & Temple, 2008, p. 278). The narrative comes from an individual, but the analysis cannot only be about the individual, it must be about the social and extended to the social relations and institutional order in which we participate (Smith, 2005, p. 43). There are two emergent aspects about this. First, I am not excluded from the construction of the knowledge, together with the interpreter and the interviewee; there is an emergent material that consists of stories about a social phenomenon and how we together construct it. So, It is I as interviewer who calls for these stories, the interviewee narrates them, and the interpreter makes them concrete for me in a language I understand, but which is not understood by the interviewee. The construction of an interpreted material is complex, situational, and hybridizing, but ideally it reveals concepts that avoid categorization, which implies exclusivity and immutability. Second, translated narratives are always biased, are always distanced from the protagonist and always differentiate, but this hybridizing process of language mixing opens up new worldviews and new understandings that unfold alternative analyses unavailable when the interview is done in a single language. So, before going any further I want to declare that these stories are to be considered as a part of the social world and unfold an episode of the narrator's life.

6. The Narratives.

An individual often tell us about individual struggles in everyday life and individual recollections. These stories are necessarily embedded in collective experiences and shared knowledge about the same phenomenon (Coetzee & Rau, 2009, p. 12) This way of working is inductive but also similar to a way of working introduced by Charles Pierce (1903). It is called abduction when one starts with a theoretical construct and then continues by making a selection suitable for this construct. From the eight interviews I could identify that the posttrauma episode held information about how the interviewee made sense of his or her life, in three interviews it became clear that this period The narratives came to be structured so the posttrauma episode of their life transpired and, then, we together made this period of time held together as a story about the social rather than about the individual. The three stories below tell of the hard ship of the everyday life, struggles with SMB and how their precarious situations

in a posttraumatic episode affect mental health. Their stories reveal an individual trauma but, however, their stories and experiences fit together with their identities as refugees with PTSD that have also been exposed to the practice of psychiatry as well as of SMB. The stories below have more to do with contemporary social issues than with the medical assessments of psychiatry, so the focus is upon

6.1 Story I: Being Stuck

The first story, about Mahmod, who is a man in his forties, starts when he came to Sweden in 2004 and asked for political asylum. He had been a member of a military organisation whose orders it was impossible for him to follow. This organization forced him to do things that he could not continue doing, and he had refused and been forced to emigrate and ended up in Sweden. It is now 2007 and he has not yet received a residence permit. At the time I did the interview, he and his family still waited for a decision, and they were becoming more and more frustrated. At the department of migration he had shown photos of officials from the organisation he was a part of, and he had told the department what he believed to be important for his case. But nothing happened. Mahmod said through the interpreter that a process of frustrating waiting and suspicion characterized the whole story he provided.

> "I have shown photos of officials of my organisation, and the things I tell the department of migration are very important for my case. But it has been like this for at least one year and nine months and, of course, this waiting and the uncertainties are very frustrating. It affects me psychologically. I am very, I truly am, worried and it also affects my family. It is like the department doesn't take my case seriously. I also know that people who came after me without any good reasons have already received permanent residence permits."

> "…I feel more at home here. In Lebanon I lost four [paternal] uncles, two [maternal] uncles, the mother and father of my mother. They killed my grandmother because they wanted to steal her jewellery. Back there, in Lebanon, we moved back and forth like cats and dogs; we were discriminated against and experienced racism. Even though my father and I, and my son, were born in Lebanon, we are regarded as refugees. In Lebanon they cut off all our civil rights, too."

> "It is the department who chose a lawyer; I can't afford one myself. But I have told them everything, and I have provided proof as well, ID-cards

> and military ID-cards, photos of what has happened and photos of well known political persons of high rank, and photocopies of my papers. This organisation I was a part of provides two options: either you take orders or you are executed. But, remember this, the orders force me to go against my own people. So, before we fled to Sweden, I hide from them, but they were after me. They attacked for our house in the first camp and searched for me. They harassed my wife and beat up my daughter; they managed to leave the camp and to move in with her parents, but it is literally a tragedy."
>
> "But honestly, the lawyers, they are picked by the department, and it is the department who pays their salary, so the lawyers work for them and not for me!"

To make sense of his contemporary situation, as what Frank (1995) calls initiate a story, he looks back in time to know his place and consequently understand what will happen if he is forced to go back. But Mahmods experiences from Lebanon make it impossible to return because then he must either go up against his own people, or hide. The plot for this story is that he may not be allowed to stay in Sweden, but in his country of origin he is not welcome. He still sails on the sea of uncertainties and how his narrated return will look depends on how the department of migration acts. Either he returns to Lebanon, which means a wreckage of his autobiography as he has projected it, or else he remains in Sweden, leading to an initiation into his biography and autobiography as a consistent story.

> "…It is all a long wait, suspense that has terrible implications for my family and me. It is like a volcano, and I do not know what is going to happen. And the volcano consists of two denials from the department. This can mean that I must go back to Lebanon. But I know what awaits me down there. There are only two alternatives… and I will not fall into their [the military organisation] line. So, the only alternative left for me is to be killed. Because I would not go to war against my own people."
>
> "All I have left is what is going to happen to me when I return. As soon as I land with the aeroplane and arrive at the airport, then they will arrest me on the spot. That's what is going to happen."

As it is now he has not returned yet, he does not know what will happen, though he knows that he has received two denials from the department of migration. This means that he must go back to

Lebanon. But what he actually does know is what awaits him if he goes back: either he falls into line in the military or he will be killed. He has seen for himself what has happened to others who refused the military codex. He here situates his experiences amongst others, so following Stone-Mediatore (2003) his experiences are, then, not marginal.

To emphasize his position, he intermingles three modes of human experience; first is what happened in the past but, secondly, he also stresses what the future will bring if he, thirdly, in that future must return to his past. As with most autobiographical stories, Mahmod tells a story about someone who is part of a course of events and located in a position in the present that also stretches toward future happenings (Brockmeier, 2001, pp. 250-251). For Mahmod this future is not yet settled, because he is not in a position to control those events, although he controls the story about what will happen in the future. He stands against his past but cannot proceed in his biography, as he wants to. What he knows from past experiences, the only things he is certain of, are what he has already experienced and what he, accordingly, feels is going to happen if circumstances are once again like they were in the past. His current position still remains to be remembered and made sense of.

> "…I don't have a future there. Down there, there is only one big sad lot, there is only one sentence. And if I return to Lebanon, then this sentence will be executed (. . .)But here [in Sweden] I started to dream of a future; that's what I dream of, I dream of having a future here."

The autobiography he [wants] to tell is not the biography he receives from others. Current circumstances hinder him from actually finding a position. In *his* quest narrative, Mahmod is stuck and cannot proceed forward. He is struggling to infuse meaning into his journey from which he has not yet returned. In this sense, his narrative is disrupted and he has no control over it; he is excluded from his own story (Frank, 1995; Murphy). He waits, and the longer he waits the more stressful his life seems to be – he is stuck.

6.2 Story II: Initiating Displacement

Ina's story is also about waiting, but, in contrast to Mahmod, she has already received a permanent residence permit, the very thing

Mahmod waits for. Ina remembered the process Mahmod could not initiate and make sense of. In retrospect, Ina could now narrate her time in transition and tell a story about this time. Her story starts in the year 2000 when she came to Sweden from Bosnia. She arrived together with her family: her husband and their two sons. After they arrived, they waited one year for their first decision, which turned out to be a denial. During this period of time, when they waited for the decision, they were very nervous "and still are," she said.

> "…While we waited for the [second] answer for our residence permit, then we had a difficult time because the whole family, all of us, were very nervous, especially my husband and older son. We still are… And also I had problems with headaches, stress, and stomach-aches; I am very stressed and I still have serious problems with my concentration. Because of this I have a very hard time learning Swedish. And then there are periods when I have problems with breathing and I ramble on about nothing. Sometimes I am very sensitive, and then I can't bear those around me and want to withdraw and be alone, isolated. But sometimes I do have good periods and am able to socialise with my neighbours. But, because I have been in the war alone with my children, I have nightmares where I dream about the war and about the bombs and how I try to hide. All of these horrible experiences from the war come creeping back to me and I have problems sleeping. But at the care centre they cannot identify anything, even though they have gone over everything. But they could not see anything, so they told me that it was stress related."

Many of these feelings she explains by reference to her experience of having been alone in the war, hiding together with her children; she dreams of the bombs and the experiences come creeping back. When she went to the medical care center they could find no physiological illness, so they told her that her problems were stress-related. When the family came to Sweden, they first moved from city to city, They had nothing to do and she remembers the time spent in this town as a blur, both because of their living conditions and because of their insecure future. They had not yet established a life in a way they felt was meaningful. The only thing they had was their waiting, the wait for something that was yet to be decided. They appealed against the first decision, but to get the second answer they once again had to wait one and a half years. Their situation worsened:

> "The first answer we got was negative. Then we waited one year for the answer and then we waited another one and a half years. During this period, when we waited to get an answer again, we had a really hard time and our children could not attend school. So we provided their education in alternative ways. We all felt absent from our bodies, it was as if you had hung a person somewhere and he hangs there and you don't know where he is or why he hangs. It was desperation day and night with no difference in-between. After five months we could talk to them [the department of migration], but the whole time was characterised by uncertainty (. . .) I remember that I have waited for a decision here in Sweden. But I became completely insecure about life itself. And nowadays, I do have difficulty waiting for something, whatever it is. Everything comes back, and can you imagine, waiting on something vital and deadly important for one and a half years. Two and a half years as a matter of fact…"

This is a short account of what underpins Ina's recollection of the transition. As with Mahmod, Ina (and her family) could not feel coherence when they were between decisions. Nonetheless, she now narrated the events they hade gone through, and she integrates herself into what has actually happened. However, at the time of the occurrence of the events positioned between past and future, they had felt that they were "absent from" their bodies and were displaced. When the interview took place, she was looking back at these events from her contemporary position, and so she assembled the pieces based upon her present purposes. An initiation provided her story with consistency when she explained how she became the person she is today and how she had lived through hard times while waiting (Fischer-Rosenthal, 2000, pp. 115-116; Frank, 1995, p. 117). She continued…

> "I cannot give you a direct answer concerning what it is that I am afraid of. But we lead a life that didn't turn out to be a real life. For two and a half years my children waited to begin school and we didn't have any jobs, any employment. Without all this it turned out as something like a contra life (. . .) it is like a life without anything meaningful to do, nothing you have to do, or are supposed to do. The whole family… and we waited for one year. Yes or No. We needed to know…"

A life story promotes an understanding of a historical phenomenon by creating fusions between the strange and the familiar (Stone-Mediatore, 2003, p. 43). But the life Ina lived was not familiar,

because they did not have access to familiar institutions, such as education, employment or health care. “Without all this, it turned out to be something like a contra life.” This was a life that did not turn out to be a real life - a life not yet acknowledged.

6.3 Story III: Wreckage

Nadia, a woman in her fifties, had been in Sweden for two and a half years at the time I met her, but it seemed as though she could not give me a straight answer about this. When I asked her, she had a dialogue with the interpreter in an attempt to establish a timeline. I do not know what they said, but when the discussion between them ended, the interpreter said “She came to Sweden from Uzbekistan two and a half years ago. She got a permanent residence permit one month ago”. Then Nadia began to cry; she wiped the tears from her eyes with a handkerchief and said that Nadia’s time in transition was not referred to as something insecure. Even though she felt safe during her time without a residence permit, she feels even safer now. The plot of her story seems to be most connected to the fact that she has left a high position in society, so events do not lead forward to an eagerly awaited ending. Her future did not lead up to what it was supposed to, and she has therefore never returned from her journey on the Homeric sea of uncertainties.

> “…I feel safer now. I am protected. You know, I am like all the others here. Just like all the others. And besides that, there is no dictatorship here, it is a democracy. So when I did not have a residence permit, I did also feel safe. I could feel safe that no one would come and arrest me, hurt me or do me harm. And when I go to the hospital… Without saying anything they see that I feel bad and help me. Everyone is so kind to me and I am very grateful for that.”

> “The major problem right now is that we do not have an apartment. The one we stay in right now… now the woman who has the apartment demands that we must leave it. We have nothing more than a mattress. But even though we live under these circumstances, I am very grateful, but I have always had lots of nice and fine furniture and a good home, a nice house. My parents were court judges, I have never lived under circumstances such as I do now. But now that we have a residence permit, now it is maybe easier to get some money and at least buy a decent bed.”

Nadia had been a high ranking official, and comes from a family where both her parents had been so as well. When she fled, not only did she leave a conflict, she also had to leave everything behind and start all over again. Her old job and social network became nothing more than memories of a past to which she cannot return. Her biography took a turn that she did not want, resulting in problems for her. When Ina could initiate her story with consistency, Nadia cannot. There is still more that needs to be settled. In a sense, this is similar to Mahmod. Nadia continues:

> "All these problems that I brought with me, they are still the same. My son is still on the run. He is not here. But my daughter and son-in-law and grandchildren, we live here. But all these problems… put a lot of pressure on me… It burdens my heart and I have an operation for this /…/ [crying] I can't separate the problems I have here and the problems I brought with me, the old ones. I do not feel good, I am very nervous and don't want to go home… I just want to throw myself on the ground and simply disappear from this life."

She has left a good life and ended up with a life from which she simply wants to disappear. After she received her permanent residence permit she felt relief, but she brought with her lots of political problems. Back in Uzbekistan she and her children would certainly be arrested, "if we were sent back, it would mean death for us." Here at the medical centre she receives medical and psychological support, but she is still nervous and she forgets things easily; she says that she is totally changed. She said that she had been a "...very high ranking official and with my job came a lot of lectures and seminars. I did a lot. But now it is like I am totally gone. I forget things… I am ashamed." She had worked for thirty-two years as one of her country's leaders, she read a lot and enjoyed her profession, but now all of these things have disappeared completely. "I am useless and not able to learn a language." Her autobiography and her life story are not in phase with her situation at the present moment.

> "I felt a big relief inside and I felt better. And, as you can understand, I did bring lots of political problems with me, and back there I should certainly be arrested, and my children as well. This was an enormous burden for us, because if we were sent back, it would mean death for us. But all of the personnel at the hospital and the other authorities have supported us and provided psychological support."

> "All these problems did not just burden my heart. Besides this I was also easily irritated, nervous, and I forget things easily. It changed me totally. I do not remember anything, I forget. I have been, as I said, a very high ranking official and with my job came a lot of lectures and seminars. I did a lot. But now is it like I am totally gone. I forget things… I am ashamed, y'see… I feel very nervous now and I am worried about my thoughts and problems that have been and still exist, practically. I do have a poor situation. I am worried and nervous and I just want to scream. But I can't…"

What Nadia experienced as most problematic was the lack of correspondence with the livelihood she had previously had in Uzbekistan. The thirty-two year project of building a judicial career has no validity in her contemporary environment. Here and now, from her present position, she tells the story of a life with a shattered background in a society where she does not know the language, where the laws are new to her, and where she does not have the same social network and has no permanent address. She has not yet a solid foundation from which to begin a new project.

> "I worked for thirty-two years. I read and liked my career. I was one of the leaders, y'know, I enjoyed my profession. But now… it is like all of these things that were present have disappeared completely. I am useless and not able to learn a language… It can be age… I am fifty-four years old…"

Her story bears traces of the shattering of her family, of her son who is on the run, and of poor living standards compared to the standards she left behind. All these fragments causally lead forward to an end where she wants to disappear. The comparison between 'now' and 'then' was important for how she made sense of her situation 'here' and 'now'. That is, how her 'I' now is connected to her 'I' then (Hydén, 2008). Even though she has a residence permit, she still has not returned.

7. Discussion

The purpose for this paper was to illuminate the posttraumatic period of the diagnosis PTSD and how refugees experienced this specific episode. Also, the article is about controlling one's own life story and

biography when one becomes mentally ill because of a trauma that also leads to a migration process. In order to do this, I scrutinized how different social institutions intervene in personal life stories and how specific episodes are made sense of in retrospect, from the social position in which the protagonist now is located at.

The autobiographical act is not detached from the surrounding milieu. On the one hand, it is an individualistic act, but on the other, it cannot possibly be constructed in isolation (Roberts, 2002, p. 60). In biographical research it is asserted that original knowledge of social structures can be derived from individual life stories. This reasoning holds that the narrative provided is storied from a storyteller's social experiences told in a retrospective teleology, so that it makes sense as a story from an empirical person (Brockmeier, 2001; Rustin, 2000, p. 45). As with Mahmod: from his standpoint we can hear a story from a person who is waiting for his life to take a new turn. In other terms, however, Mahmod explains his experience of waiting by referring to the moments at SMB; he produces an account about how he tries to proceed with his own story. But when he asserts that the department doesn't take his case seriously, he ascribes the institutional level with agency for how his life has turned out. In the posttrauma episode of his biography he has no agency, he is embedded in the social organization of his life as a refugee. Following the reasoning of Cavarero, we can say that Mahmod here invites the 'other' to tell his autobiography and, consequently, Mahmod only recites his biography as it became tangible at SMB. But this biography is not the one he wants to possess, he is displaced in his own story, but placed in SMB's story about him.

Biographies are singular but can nonetheless only be developed within communities (Frank, 2000, p. 356). An autobiography cannot be someone else's, but a biography can intersect with others that hold the same position and share similar experiences. Ina told about a "Contra Life" in which she and her family hanged. Now she can initiate this episode of her life, but back then, when she was in the course of these posttraumatic events she could not cohere with them. Now she initiates these events as if she was displaced from her life.

The point of departure has not been from the symptoms of PTSD. It starts rather with a transition phase concretized in a migration process and the institutional practices at the SMB. Therefore, the point of departure for the three stories in this text is the arrival of the refugees in Sweden; that was how I included myself in the construction of the stories, by encouraging the refugees to start with

their arrivals. But in the interviews, this initiation phase is interpreted as though their journeys are wrecked when they arrive and come in contact with the SMB. As with Nadia, who had come to a place where she feels safe, but who is prevented from a return to her life course and continuance of her life story. She cannot associate her self with retrospective teleology of her narrative, her life story is wrecked and so she simply wants to disappear from her life. Or as with Mahmod, who is caught up in the everyday concerns of whether he can stay or whether he is to be sent away. Their presentation is no longer of what the past was supposed to lead to, and so they loose control of the journey (Frank, 1995, p. 55). This is not a symptom of illness as it is described in the psychiatric canon of mental illnesses; the wreckage does not reside in the individual, though it produces consequences that, translated into the language of diagnostic psychiatry, refer to six parts of the brain.

Steel et al. (2005) have shown that a trauma among refugees often emerges during the phase when they wait for decisions about their residence permits, the phase that from the interviewees is characterized by uncertainties. Homer portrayed Odysseus's journey as consisting of "twists and turns", during which its hero was "driven time and again off course". In the three life stories discussed in this article, institutional decisions and actions are significant for how the life course proceeds. In the end, these actions determine whether a person is going to return to an autobiography of one's own, or whether the interviewees are stuck in a biography that is determined on an institutional level. This latter is "institutionally driven", being institutional practice formulated outside the selfhood of the storyteller, even though it is experienced 'here' and 'now'; and it is these institutionally driven circumstances that underpin the story. In such circumstances, the storyteller looses agency in his or her own narrative until he or she is able to tune in to the new context in which he or she lives. It is no longer a quest narrative that keeps the symptoms of illness at bay. Rather, the clear actions for the biography come from the agency of institutions and not from the agency of the discrete actor as first person. The transitional phases are between the social positions the refugees had in their countries of origin and the positions in which they now find themselves, which is determined by institutional settings. Being in such a transitional phase may be illustrated by reference to the circumstances of Odysseus when he finds himself as a beggar and realizes that he must continue onward. Even though he is home, he has not yet successfully accomplished his

return. The posttraumatic period of the PTSD diagnosis can, then, be understood as loosing control. In the same way that Basoglu et al. (2007; 2005) point out the importance of control, these life stories demonstrate the importance of controlling one's own biography and life story.

8. Conclusions

This text shows that symptoms of PTSD occur when a person is haunted by memories of the past, by a trauma; but what is more significant are the problems of tuning in to a new contemporary context because of institutional practices. These memories have triggered symptoms that are believed, by psychiatry, to reside inside the individual; but in the stories here, they are more clearly associated with institutionally triggered processes of exclusion. Refugees face problems of being barred from the society to which they have migrated, and it seems as if they have ended up in isolation. In their narratives, they have been deprived of agency and they provide institutional actors with agency to continue their narratives toward endings. One can find oneself in a "Contra-Life", as Ina described it. Or, as expressed by Mahmod, when institutional arrangements, contemporary as well as past ones, intervene in one's autobiography, it is hard for one to make sense of it oneself. The immediate position is experienced as a "volcano": maybe he cannot stay but certainly he cannot go back. This is similar to the case of Nadia, who now leads a life far from the one she used to live; a life she necessarily must adapt to, but a life from which she just wants to disappear.

References:

APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Basoglu, M., Livanou, M., & Crnobaric, C. (2007). Torture vs Other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment. Is the Distinction Real or Apparent?`. *Arch Gen Psychiatry, 64*.

Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D., et al. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia. Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress reactions. *JAMA, 295*(5).

Brante, T. (2001). Consequences of Realism for Sociological Theory-Building. *Journal for the the Theory of Social Behavior, 31*(2), 167-195.

Brockmeier, J. (2001). From the End to the Beginning. Retrospective Teleology in Autobiography. In J. Brockmeier & D. A. Carbaugh (Eds.), *Narrative and Identity : Studies in Autobiography, Self and Culture* Philadelphia: Benjamin.

Bury, M. (2001). Illness Narratives: Fact or Fiction. *Sociology of Health and Illness, 23*(3).

Campbell, J. (1956). *The hero with a thousand faces*. Cleveland, Ohio: World Publ. Co.

Cavarero, A. (2000). *Relating narratives: storytelling and selfhood*. London: Routledge.

Cicourel, A. V. (1995). *The social organization of juvenile justice*. New Brunswick, N.J.: Transactions.

Coetzee, J. K., & Rau, A. (2009). Narrating Trauma and Suffering: Towards understanding Intersubjectively Constituted Memory [49 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Researh, 10*(2).

DeVault, M. L., & McCoy, L. (2006). Intitutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In D. E. Smith (Ed.), *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, MD: Rowan & Littlefield.

Eco, U. (1994). *Six walks in the fictional woods*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Fischer-Rosenthal, W. (2000). Biographical Work and Biographical Structuring in Present-day Societies. In P. Chamberlayne, J. Bornat & T. Wengraf (Eds.). London: Routledge.

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: Univ. of Chicago Press.

Frank, A. W. (2000). The Standpoint of Storyteller. *Qualitative Health Research, 10*(May), 354-364.

Garro, L. C. (2003). Narrating Troubling Experiences. [Medicine]. *Transcultural Psychiatry, 40*(5), 5-43.

Homeros (1996). *The Odyssey*. London: Viking.

Hunt, P. (2007). *Report of the special Rapporteur of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*.

Hydén, L.-C. (2008). Narrative in Illness: A Methodological Note. *Qualitative Sociology Review, 4*(3).

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives : suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
Larsson, B., & Ekblad, S. (2007). *Kartläggning av den psykiska ohälsan hos f.d. gömda asylsökande i Värmland - en pilotstudie*: Institutet för psykosocial medicin.
Maier, T. (2006). Post-Traumatic Stress Disorder Revisited: Deconstructing the A-Criterion. [Psychiatry PTSD]. *Medical Hypothesis, 66*(1), 103-106.
Mishler, E. G. (1999). *Storylines : craftartists' narratives of identity*. Cambridge, Mass. ; London: Harvard University Press.
Murphy, D. (2001). Hackings Reconciliation. Putting the Biological and Sociological Together in the Explenation of Mental Illness. [Theory]. *Philosophy of the Social Sciences, 31*(2), 139-162.
Parsons, T. (1964). *The social system*. New York: The Free Press.
Peirce, C. S. (1903). Pragmatism as the Logic of Abduction. In C. S. Peirce, N. Houser & C. J. W. Kloesel (Eds.), *The essential Peirce : selected philosophical writings. Vol. 2, 1893-1913*. Bloomington: Indiana University Press.
Roberts, B. (2002). *Biographical research*. Buckingham ; Phildelphia: Open University.
Robinett, J. (2008). The Narrative Shape of Traumatic Experience. *Literature and Medicine, 26*(2).
Rustin, M. (2000). Reflections on the Biographical Turn in Social Science. In P. Chamberlayne, J. Bornat & T. Wengraf (Eds.), *The Turn to Biographical Methods in Social Science : Comparative Issues and Examples*. London: Routledge.
Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic : a feminist sociology*. Boston: Northeastern University Press.
Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: a sociology for people*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
Spivak, G. C. (1992). The Politics of Translation. In A. Phillips & M. Barret (Eds.), *Destabilizing Theory : Contemporary Feminist Debates*. Cambridge: Polity.
Stam, R. (2007). PTSD and Stress Sensitisation: A Tale of the Brain and Body Part 1: Human Studies. [Psychiatry PTSD]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 31*(4), 530-557.
Stanley, L., & Temple, B. (2008). Narrative Methodologies: Subjects, Silences, Re-readings and Analysis. *Qualitative Research, 8*(275).
Steel, Z. M. (2003). The politics of Exclusion and Denial the Mental Health Costs of Australia's Refugee Policy. [working paper].

38th Congress Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
Stone-Mediatore, S. (2003). *Reading across borders: storytelling and knowledges of resistance*. New York ; Basingstoke: Palgrave Macmillan.
Sultan, A., & O'Sullivan, K. (2001). Psychological Disturbances in Asylum Seekers Held in Long Term Detention: a PArticipant-Observer Account. *Medical Journal of Australia, 175*.
Temple, B., & Young, A. (2004). Qualitative Research and Translation Dilemmas. *Qualitative Research, 4*(2).
Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research, 11*(522).

Delarbete III

Get Hold of Yourself: The Problem of Biographical Reconciliation in the Arena of Psychiatry in Late Modern Society

Abstract: *The recent debate about the transformation of psychiatry has highlighted that psychiatrists are becoming key agents for helping people in their everyday social life as well as that psychiatry is simplifying social problems by turning them into an individual disease. This transformation is necessarily connected to a wider process of deinstitutionalisation. As a result, people with a mental disorder are seen as integrated and living within, rather than living outside excluded from society. Overlooked in the debate is, however, how this transformation may be reached from the standpoint of the patient as positioned in psychiatry and simultaneously in society at large. The aim of this article is to unfold the social organisation of a person's life when he or she is diagnosed with a mental disorder. In doing so I combine a narrative approach, based on retrospective life story interviews, with role theory. The analysis emphasizes the reconciliation with a biographical narrative. The conclusions show that the discrepancies between the autobiographical and the biographical elements of a sick-role are significant for understanding the construction of a sick-role within the psychiatrist-patient dialectic.*

Keywords: *Psychiatry, Modernity, Role Sociology, Biography*

Introduction

Western psychiatry has a short history but a long tradition. Encouraged by a scientific endeavour emanating from the late seventeenth century and continuing up to the present, madness has received considerable academic interest. Ever since the early days of psychiatry there have been two visions of madness that later came to

be the objects of this institution of medical practice. One vision stresses the neurosciences, seeing the origin of mental disorders in the biology of the brain and neurological anatomy. The other vision stresses the patient's psychosocial life, attributing symptoms to hardships in everyday life or past trauma to which an individual has adjusted imperfectly (Shorter, 1997, s. 26). This has subsequently led to the establishment of a specialized branch of medicine that has reified these two visions as universal categories (Summerfield, 2005, s. 100). Regardless of time and place, mental illness has been a factor in society, with a specific social practice but always relating to an individual and to the surrounding institutions. Even though, between 1650 and 1850, a lunatic was confined to a madhouse, barn, attic, or outhouse, this action was still done within, if on the margins of, society.

When entering the nineteenth century human bodies showing symptoms of lunacy and madness were placed under the regime of asylums, which were often located in rural areas outside the boundaries of the growing cities. Usually, they were confined in licensed houses for the mad (Porter, 2004, s. 118). These places ware previously populated by lepers and other carriers of incurable diseases who, due to the risk of infection, could not be allowed among others. Lunacy, however, did not itself provide sufficient grounds for incarceration. Only if someone was considered dangerous to him- or herself or to others would he or she be confined to one of these places (Porter, 1987, s. 131). This strategy was principally one of segregation from the community, although the hope was that a lunatic could, in the end, be restored to the position in society he or she was being excluded from (Porter, 1987, ss. 17-18, 31 and 131).

In the late eighteenth century psychiatry was turned into a discipline under medicine and it developed into an indispensable element of late modern social life (Rose, 1986, s. 43, 1996, s. 41). As a medical practice, psychiatry managed mental illness from point of view of the Hippocratic oath, and the institutions surrounding it controlled both the life of the mentally ill and the activities of those who dealt with the mentally ill. Today, this institution is an evident part of the administration of medicine principally for two reasons. One reason was Emil Kraepelin's nosology concerning mental illness in the late nineteenth and early twentieth centuries. The other was pharmacological: the invention in 1950 and the subsequent development of phenothiazine drugs (Ghaemi, 2003, ss. 148-150; Rose, 1986, s. 55; Shorter, 1997, s. 248).

While mental illness is still attributed to the same distinction between mind/brain, it is now organized as integrative within rather than segregative from society. The disciplining and controlling regime of the asylums is no longer located in the hierarchies of these spaces, it is instead maintained more or less voluntarily in certain practices exercised by the person over him- or herself (Rose, 1996, s. 31). The line of this reasoning follow the general idea of Michel Foucault (1977, 1988), that the ideologies of the asylum is in modern society interchanged with a controlling ideology. Gilles Deleuze (1993) pick up this thread and understand the former disciplinary societies as consisting of two poles: first, the individual and, secondly, then the masses. In the era of discipline, Deleuze portrayed the individual metaphorically as the signed autograph and the social position in the masses as a personal social security number. But the modern control ideology turns the individual into a cryptogram, that when deciphered it access to certain parts of society is determined. Following then the logic of the German sociologist Ulrich Beck (1992), that in the trajectory of late modern society there has been a rise of reflexivity. This new focus upon reflexivity provided a foundation for an emergence of new groups with expert knowledge about individuality. In the terminology of Deleuze these groups are the ones that are trusted to decipher individuality that provides, or denies, access to social institutions. This expert group consists of for example therapists, doctors or psychiatrists who are all experts on an area that have impact on individual life courses.

Mental illnesses, that are the area for psychiatrists, differ significantly from other diseases because its symptoms are not somatic; these symptoms are usually observed in ordinary situations of everyday life and made sense of retrospectively. Put differently, the psychiatrist typically allocates meaning to different episodes from a life story according to specific criteria, and then prescribes a certain therapy as treatment. The new knowledge of modern psychiatry means that mental disorder is no longer lunacy; it is today viewed, and deciphered, as a diagnosis of the signs of internal dysfunction. The former disciplinary institutions of psychiatry secreted the machinery of social control (Foucault, 1977, s. 173). But, the expert, who today gives or denies access to the institutions of modern welfare state, explicitly controls the life of a patient as it takes place outside the asylum but within society. The patient is not included in a disciplinary apparatus, which see everything constantly. Instead, the

development of western modernity made it possible to regulate individual life through social laws and welfare systems.

The British historian Roy Porter (1987, s. 25) remarks that there is a blind spot of psychiatry, that it is only able to see one dimension. From the standpoint of the clinician, it sees the disease or demon within the sufferer and bracketing the social aspects. The two current visions of mental disorder locate the life story in underlying biological susceptibilities. Life events happen and constitute a biography; from the standpoint of the psychiatrist, these biographical events reflect psychopathological dimensions (Ghaemi, 2003, s. 202). The other side of the psychiatrist-patient dialectic is the patient's narrative, although this highlights instead the demons outside and the hardships of social life (Porter, 1987, s. 25). In the psychiatrist-patient interaction a mutual narrative of mental disorder is constructed, but in the psychiatric organization the clinician has a preferential right to construct the biography of the patient, as a patient.

The goals of the present article can be introduced here. It is not an attempt to locate and interpret the disorder as it may be constructed and experienced in the narratives from the perspective of the patient, when the patient has a preferential right to interpret the disease. My purpose is rather different. I wish to scrutinize that which surrounds this blind spot about the patient's life in the psychiatric mini-biography. The aim is to reveal the social organisation of a person's life when he or she is diagnosed with a mental disorder. In doing so I wish to – from a theoretical point of view – combine a biographical approach with sociological role theory. This approach sheds light on how mental illness is enacted in terms of a sick role that ends in the question: how is a sick role possible within psychiatry?

To this end, I will first initiate a discussion about role theory that ends in a rethinking of the concept of the sick role in relation to diagnostic psychiatry. Secondly, I place this in the context of a sociological discussion about biographies, autobiographies, and life stories in the doctor-patient dialectic. Thirdly, I insert these two elements into a discussion about the self in order to understand the initial process of entering into a sick role.

The research site and empirical basis

Even though the present text is theoretical, I will provide empirical snapshots to illustrate key points in my argument. These material for these examples come from two larger studies published elsewhere, one about biographical absurdities, life stories, and mental illness (XXXX), and one about posttraumatic stress disorder, migration, and biographical disruption (XXXX). In total 17 interviews were accomplished with ten men and seven women of different ethnicities who have been in contact with psychiatry in some way. The interviews were conducted with a narrative focus and also analysed with a narrative and biographical approach. The interviews serving as illustrations within this article encompasses themes relevant for understanding the narrative aspects of role construction within the field of medicine.

I do not seek to extrapolate any conclusions from this particular material here. The examples are used mainly to highlight the theoretical reasoning of the present article and do not constitute conclusions representative of a wider selection of material, but they may be used in theoretical development. The argument in this article offers two advantages. One is that it helps to understand the relations between the patient's standpoint when he or she becomes mentally ill and the sick role which is then enacted. The other is that it helps to understand the relationships between one's self-identification and one's reconciliation with the biography that is provided by a clinician.

Role Theory and the mysteries of mental disorder

One of the more influential theoretical constructs in sociology is that of social roles. Robert K. Merton (1957, ss. 109-110) established that, for example, theories concerning a reference group, prices, a class theory of social exclusion, or — as in this article — the social organisation of mental disorder, are theories of the middle range. These are theories that account for selected aspects of a delimited range of social phenomena, which may be consolidated with others of like kind into a more comprehensive set of ideas. The general issue role theory deals with is the organization of social behaviour, at both the individual and collective levels. In Merton's (1957) text about the role-set he builds upon ideas of the North American anthropologist Ralph Linton (1936), who saw roles as a dynamic aspect of social status. An individual is assigned to a status that is, in the abstract, a

position within a particular pattern or system of positions. A position in a social system involves rights and obligations; accordingly, a role is behaviour oriented toward the patterned expectations of others (Merton, 1957, s. 110).

From this logic, Erving Goffman (1961, s. 39) was later to determine that the performative aspects of a role may differ from the actual concept of a role. As a concept, role connotes some sort of impunity or safe haven from the social instrumentalities and technicalities that are imposed on a subject (Goffman, 1961, s. 41, 1986, s. 71). There is a disconnection between the performer and the role — as is the case with the disconnection between an autobiographical subject and the biographical object in the doctor-patient dialectic. Goffman called this disconnection 'role distance', meaning that the performer of a role may be over-attached to, or alienated from, it, although he or she may still perform its duties (Goffman, 1961, s. 43). The performer knows, depending on the situation, how he or she is supposed to act, but may nonetheless enact the role differently, while still actualizing the role in an orderly manner.

One central feature of role theory is that behaviour in social contexts is organized and acquires meaning in terms of shared roles; that is to say that people play different roles in different contexts that suit each individual's unique disposition (Turner, 2002, s. 233). So, this idea is used to illuminate the intermediate stage between the micro and macro aspects of society and the relations that connect them in a social situation. Goffman's focus of attention was upon the rituals surrounding the relationships between the micro and macro foundations of society, on how social and moral norms were expressed in everyday situations. When interacting in a situation, actors must carry out crucial duties dependent on that situation which all of us define and share in similar ways (Goffman, 1971, s. 247). There are as many roles as there are situations. In the subdiscipline of the sociology of health and illness, this idea is embodied in a concept created by Talcott Parsons (1964b), the sick role. This sick role concern not with how one acts, but concerns instead the social norms and rules involved when one becomes sick and is enmeshed in an institution structured by the practice of medicine. A performer receives the status of sick person and becomes attached to this position and its role.

This theory includes, on the one hand, the collective aspects of individual behaviour, as well as, on the other, the individual aspects of collective behaviour. Goffman (1961) wrote: "The self-image available

for anyone entering a particular position is one of which he may become affectively and cognitively enamoured, desiring and expecting to see himself in terms of the enactment" (p. 43). This is to say that the individual is involved in staging a scene. He or she is enamoured with what is expected and performs in a manner that the collective thinks is appropriate. One can stage an enactment to become something which is coveted, in order to achieve the position desired. The first example comes from an interview I did with David. He talked about how he had been admitted to psychiatric care and how he had staged his performance to be so.

> *David*: … at home it was a disaster, but I ran away from child and youth psychiatry several times. But we thought that if I ran away, in and out, three times – then I am included in the system. The doctor asked me specifically. 'Do think like that, that you are going to escape three times and be discharged, just to be incarcerated in the end?' So, he took this as a sign that I wanted to be committed. But I only had to do it twice, never three times (laughter). Then I got in, but I noticed that to me I felt like a filthy monkey, or whatever you want to call it.

In this example David needed to do certain things in order to continue as he wanted. He needed to create a turning point that led to a coveted position and to a role – he wanted to get into the system. David could reflect about his contemporary position and where he wanted to go. He was conscious of what he wanted and he could stage his enactment in order to reach that position. However, it is also possible to see the issue the other way around. Goffman (1963, s. 103) writes about covering in his book on stigma: "A related type of covering involves an effort to restrict the display of those failings most centrally identified with the stigma." There can exist a desire to not become attached to the position linked to one's status when that is associated with an undesirable future end. This next snapshot is from Peter, a man I interviewed about his confrontation with psychiatry. Here is how he reasoned.

> *Peter*: He [the psychiatrist] asked me silly questions such as 'Do you watch TV? Do you read the newspaper?' And I said that, 'No, I don't.' Well, then he insisted on medication, y'know. He meant that it was not normal to not … well maybe it isn't, I don't know. But I don't think that you need to be on medication just because you don't watch TV or read the newspaper. This medication was awful. So, the next time he posed these questions I said that, of course, I read the newspaper and

> watch TV. Well, it was not like I enjoyed it, but I did so to avoid medication.

At the psychiatrist's, Peter is aware of what he needs to say and how he is supposed to live his life and how he should tell his autobiography. The excerpt also shows an awareness of how the psychiatrist will decipher his autobiography, there is also a covering involved to hide what the psychiatrist would interpret as deviant behaviour. He did so in order to avoid medication he did not like, but the narrative tell a story about reflexivity and the discrepancy between the constructed biography and the storyteller's autobiography. Receiving a psychiatric diagnosis turns the individual into a patient, which also establishes a turning point in the biography. From that point on, the biographical narrative is an illness narrative – while the autobiography might serve as a resistance narrative.

David wanted to reach this turning point in order to get into the system, while Peter also wanted a turning point, even though he wished to get away. Through this reasoning, via what can be called biographical labelling, a patient is distanced from him- or herself by reflexive acts. But by loosing the preferential rights to one's own story, the patient is also distanced from the social practices she or he is included in – the agency in the biographical illness narrative is rather in the hands of institutions (Loodin, 2009). Though, in the autobiographical story, there are a will to provide the storyline with subjective agency. Here, the Other is introduced onto the autobiographical stage and decides which direction a biography will take. When a mental disorder is recognised by an Other introduced in this manner, a person becomes anchored in a story plotted by the medical discourse of psychiatry.

The Sick Role

The analysis that follows departs very much from the problems of role theory as Talcott Parsons, who probably made one of the biggest impacts on modern theoretical sociology, brought it up. His goal was to develop a general sociological theory; his major concern was not with empirical matters, but rather with theoretical problems about the structural features of social systems. One of the areas he approached

personally was modern medical practice. This practice, he thought, brought together many of the threads of his theory of social systems. He considered it one of the more important sub-systems of modern western society, and it was an area where he thought his pattern variable scheme worked well (Parsons, 1964a, ss. 428-429). In the present text, I am only interested in what Parsons came to call the "sick role" and how that role functions in the empirical field of psychiatry.

Becoming sick means that the usual logic that structures action into a role changes; new expectations and new duties bring a new role into life for the incumbent. Parsons wrote that entering the sick role meant that four characteristics could be discerned. First, the incumbent neither needs to meet former expectations and demands of normal role-specific behaviour, nor is it expected by others that the incumbent is able to carry out his or her earlier roles. Secondly, a sick person cannot be cured by own will or decisions – it is not enough that attitudes alone are changed. A clinician or psychiatrist must also change medical circumstances by using whatever knowledge is available. Help is needed to rid oneself of a disease, since the circumstances surrounding the illness are beyond one's own control. This means that illness is an undesirable state of being, which brings with it, thirdly, a compulsory goal for one's actions – to get well again. The incumbent is temporarily absent from his or her former positions and roles, but should do everything possible to re-establish past expectations and fulfill previous social demands. The fourth, and final, characteristic requires that a sick individual should seek the specific expertise that the medical circumstances demand (Parsons, 1964b, s. 437).

All in all, Parsons describes the process of becoming a patient and entering a field structured by a logic deduced from a medical ontology. That is to say that medicine comes to intervene in a social system via the role of the patient. Parsons also suggests that the incumbent desires and expects to see himself or herself in terms of the sick role; it is the incumbent who seeks help. Anyone who participates in a social interaction has a bundle of rights and duties which say something about his or her actual status. Roles then become manifestations of status in interactions on a mutually constructed stage (Goffman, 1971, s. 247). Or, more specifically, the role is discernable when participants recognize situated rights and duties (Linton, 1936, s. 182). For mental illness, first, a mental disorder is known, then an identification phase starts that presupposes a

reconciliation with a proposed biography, which also means identification with a social role – that is the sick role.

In the everyday conduct of psychiatry clinicians listen to patients who tell stories about their personal problems, and who describe episodes in their lives which they themselves have difficulty making sense of. However, if the mystery is solved by a psychiatrist, there is a psychiatric explanation. When being diagnosed, there is a power relationship in the encounter between the professional and the patient; in this environment, it is the patient who seeks for assistance – but it is the professional who has the preferential rights of interpretation. The medical sociologist Phil Brown (1993, ss. 260-262) talks about the patient in terms of the narrator of a mystery story who requires certain answers: the physician seeks clues to establish whether or not the mystery can be explained by applying the classifications of mental disorders. The autobiography, the subjective "affective" narrative from the standpoint of the storyteller, is plotted by, and interpreted within, the currents of psychiatry (Börjesson, 1994, s. 147). This next illustration is again an excerpt taken from the interview with Peter; it is about his first encounter with psychiatry. It demonstrates how the mystery intensifies over the sequence of events.

> *Peter*: When I came back [from military service] to my job, they probably thought that I was in good shape. And they burdened me with a huge load of work. A nasty load. But when I glanced at that blueprint, I felt that it was too much for me. And I just couldn't concentrate anymore … Everything started to spin around inside my head and the situation became untenable … And I started to cry. And all the others, the supervisors, saw me. So they sent me to the company doctor who wrote a letter that he put in a sealed envelope. He told me to go to a psychiatric clinic. But I hesitated, because I had never been in contact with psychiatry. On my way to the clinic I stopped, opened the envelope and looked at the letter. "Schizophrenia" was written there, but with a question mark at the end …
>
> *Interviewer*: Did you continue?
>
> *Peter*: Yeah, yeah. I went to the psychiatric clinic because I thought that, how should I put it, that it was humane. I had a picture of it as that. And when I arrived they did tell me that I was going to be there for a while, and that I was going to receive medication. Medication that was horrible, as I experienced it. My head started to shake like this [he shakes his head] and even more than that …

This was a turning point in Peter's biography; it was how he understood this first encounter: the account starts with an unbearable situation at work after he returned from military service. His life as a patient began then, when he got sent to a psychiatric clinic to seek help, carrying a sealed envelope containing a question mark. Well at the clinic, it was concluded that he suffered from a mental disorder. They told him that he was going to be there for a while, and that he was going to receive medication to enable him to get well again. This was in the 1960:s, and he is still taking medicine.

Biographical labelling: a biographical approach to diagnostic psychiatry

The medical anthropologist Arthur Kleinman (1988, s. 3) shows that psychiatric concepts and research methodologies are embedded in social systems, and that those diagnostic categories are constrained as much by history and culture as by biology. In so doing, he weaves together psychiatric work with dynamic systems of values, relationships, and experiences. To find out whether a person is sick, a psychiatric diagnosis starts with an interpretation of that person's life experiences. A mental disorder becomes a part of life itself and, then, the diagnosis is interweaved as a part of society. At the same time, psychiatry as an institution influences how that problematic and mysterious part of life is portrayed, and how it should be interpreted and experienced from a medical perspective. The diagnostic categories not only structure different diseases in relation to each other, they are also explanatory models of both occasions in time and locations in space (Littlewood, 1990, s. 308). They decode past experiences, define deviance and social control (Brown, 1993, s. 262)

Before the end of the eighteenth century, there was no such thing as psychiatry; today we have a manual of mental disorders consisting of 400 different ways of being mentally ill (Shorter, 1997). Also, mental life is now a domain that can be recognised through, and managed by, scientific expertise (Rose, 1986, s. 43). This development calls for different stories to be provided by the narrator of one's own life, i.e., for autobiographies. An autobiography serves as a context of evidence to discover particular aetiologies, as a causal explanation. This context is constructed by working backward from the verbalized

social and individual aspects of a life to disclose the diseases underneath. The disease, however, is within the individual, and is a common pathophysiology that can be diagnosed with appropriate nosologies (Ghaemi, 2003, ss. 200-201). When signs of a disease are found, the life story is reified into a diagnostic story, i.e., a psychiatric mini-biography about the person. In this sense, psychiatry intervenes in the autobiography so that life events are turned into signs of a mental disorder, open for medical evaluation.

As an illustration of this type of biographical labelling, I provide here an excerpt from the interview with David again. He gave me this account about when he felt his life got out of hand.

> *David*: The last summer holiday. That's when it really started to go off track. Dad and I often watched football together, y'know. And I got nervous that I could effect the players and so.
>
> *Interviewer*: It got to you …
>
> *David*: Yeah, sure. I didn't dare to watch table tennis because I thought I messed it up for Waldner and so … But I thought if I sent positive thoughts. I was watching the TV Four News quite a lot and I thought: now I am thinking good things about you, he looks good. He's nice and so. And I heard that he got happy. But if I force positive thoughts then it comes out the other way, it gets negative and you notice that the person gets depressed and sad. I got terrified at what I did to them. Yeah, it was delusions (. . .) One early morning I heard: NJJJJJIIIIIIEEEEE BOOOOM! NJJJJJIIIIIIEEEEE BOOOM! I woke up and was dead sure that it was a younger guy in the class below me who made the noise I heard in my head. That was the only time I experienced hearing hallucinations.

The life events David referred to served as signs of particular diseases, but they make sense as such an indication only in relation to a diagnostic system that delineates his life story as a psychiatric biography. By testing possible diagnostic categories, psychiatric nosology demystifies personal suffering and makes sense of it as a disorder of mental life (Littlewood, 1990, ss. 7-8). For David, these life events were experienced as absurd – but in a biographical construction they make sense as episodes referring to delusions and hallucinations. This sense-making creates an unavoidable gulf between the story as it first is told by the patient and the diagnostic story about the patient as it is told by the clinician. The experiences in the

life story become assets for a discourse and are incorporated into a biographical narrative as properties of a mental disorder. What was a mystery in the autobiographical account makes sense in the psychiatric biographical account. Brown (1993) compares the clinician metaphorically with a detective in a search for clues involving facts, which eventually come to light and provide a glimpse of a still undefined condition. Or, as Kleinman writes, it is that glimpse which demystifies the disorder. However, in order to do so, the clinician needs to have sufficient knowledge and appropriate theories to deconstruct the autobiography so that it provides a consistent delineation of evidence for mental disorder. For David, the life events he experienced turned out to be delusions and auditory hallucinations after he got them labelled as such and included in a psychiatric mini-biography. David continued his story:

> … It is like that you wonder. Y'know, you always wonder how did I end up in this situation? How the hell did I end up in this situation? And if you do not know that for a fact, then a pen and a paper are good things to have at hand. Because I am terribly curious, I have had eight years of living hell, every day completely black as night. Of course, I wonder how did I end up in this, and I get lots of answers when I write. You think a lot of thoughts during the day, it stacks up into something like a pile. Then you just sort all the expressions you got. Reflection it is called. So it is probably that, lots of reflection. But it has been a great way for me to continue, to not get stuck in the past.

David wrote down his reflections in order to be able to continue with his life and to make sense of the living hell he had experienced, that he had been through. He needed to know why he had ended up like this. He did so by taking the role of an autobiographer. Reflecting on his life as if it was a biography in the clinical sense provided his story with meaning from the position of an Other – the clinician. This biographical labelling demands a certain amount of knowledge and clues of what was going on in mind and brain, and about how these two components intervene and are discerned in social situations.

Utilizing life events to recognize that someone is mentally ill involves complex conceptual work; they must be organized so that the events can be seen as indicators of an illness, no matter who observes them. However, what is problematic with psychiatric nosology is that the aetiology and the pathology are usually unknown, while what is at hand are discrete symptoms. In the introduction to the present

volume of the American Psychiatric Association's (APA) Manual of Mental Disorders (DSM), it can be read that "Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioural, psychological, or biological dysfunction in the individual." This is what Porter called "the old demon within", as seen from the perspective of the clinician in the doctor-patient dialectic. But being mentally ill today ascribes to life a new meaning, and attaches to the biography a new goal, one assigned by the discipline of psychiatry. Today's DSM is a way of organizing what is discovered into a consistent language shared by practicing psychiatrists in the field (Ghaemi, 2003, s. 177).

Following here the reasoning of the North American sociologist and feminist Dorothy Smith (1990, s. 5) that social characters are actualized when they are expressed and given names, we note that when these characters are given names they are embedded in relations of ruling to which their activities, also, simultaneously contribute (D. E. Smith, 1999, s. 8). One's own personal project of creating a life story correlates with others' interests in also telling a story about a person. An autobiographer who is suffering from a mental disorder, and who experiences what can be called mysteries in his or her life, demystifies these with when understanding them as a psychiatric biography. The protagonist is simultaneously located into a position within a social system, assigned a social role which, in this case, is the sick role. But when it comes to the mental sick role, the protagonist of the story must reconcile him- or herself with the explanation that the clinician provides, and identify him- or herself with that position.

Transgressing autobiography and biography

Biographers have many times problematized madness in an individual's life; they have also written biographies that stretch the concept of normality. Often, they carry this concept to extremes – what is normal and what is madness? As readers, we are given only a hint concerning this distinction, although we are left instead with a clear picture of the absurdities involved. In contrast to somatic illness, mental disorder is discrete; it is not clear exactly which norms are being deviated from when someone receives a psychiatric diagnosis. It is, however, possible to describe behaviour in such a way that people will be able to adopt the expected definition (D. E. Smith, 1990, s.

15). The biographers provide an environment and a context in which the identity of a character is obviously established as mentally ill. In the sequence of events, mental illness turns out to provide an explanation for behaviour that is absurd and mysterious. In these narratives, the leading character comes to be controlled, not by the distinct practice of psychiatry as an institution – but rather by the Other as the author of a biography that one must reconcile oneself with, and accept.

Smith hold that the modernists' unitary subject, embodied in a rational individual, is merely a projection of the ongoing interaction which turns the subject into a biographical self that is acting out a structured role (D. E. Smith, 1987, 1999, ss. 38, 97-102). Defining one's own autobiography correlates with others' biographical constructions about oneself. The autobiographical understanding of one's own mental life parallels the biographical construction. Biographies are often understood as a reflexive project in relation to the institutionalized and standardized ways of life in modern society. In the reflexive modernity that Beck (1992, s. 90, 1994, s. 15) and the British sociologist Anthony Giddens (1991, s. 43) usually are associated with, biography is a social form of individualization, where the "I" turns out to be constituted via the discourse of "the Other" when becoming "me". Thus, the reflexive biography does not necessarily have anything to do with one's own conception of one's life story – of one's autobiography.

The biography merely determines how the individual turns out to be one individual among others; how "I" in the course of events turns out to be "me" with a mental disorder (Brockmeier, 2001, s. 251). How "I" in the end turns out to be a patient. This narrative approach is also shared by the Italian philosopher Adriana Cavarero (2000, s. 69), who has found that life-stories, biographies, and autobiographies all adhere to the same rhetorical model of the construction of a substantial and self-referential self, what is usually called the *subject*. But this construction is essentially locked down by the labelling found in others' stories, in myths, in invented stories and novels. The reality of the self is totally external and so, also, is in the control of the subject (p. 83). She writes: "To tell one's own story is to distance oneself from oneself, to double oneself, to make oneself an other" (Cavarero, 2000, s. 84). Therefore, becoming "me" involves the practice of "the Other", but it also results in a disconnection between autobiography and biography. The principle question behind the

doors of psychiatry is not: how did "I" turn out to be "me", but rather: how did she or he turn out to be her or him?

The biography is a standardized version of the personal life story and is constructed in the discourse of "the Other". In order to find discernable indications of a mental disorder, the patient and the clinician together construct a narrative that leads up to a consultation and that provides the rationale for treatment (Littlewood, 1990, s. 316). The personal life story is disconnected from its protagonist and located in a story that turns out to be about – rather than coming from – him or her. There are conflicting narratives (Loodin, 2009, s. 107). This is an empirical problem with respect to labelling; in the psychiatric arena, the autobiographies are bracketed. Instead, a psychiatric mini-biography about the leading character becomes relevant. Constructing a psychiatric biography excludes the leading character from the thread that eventually leads to the determination of a psychiatric diagnosis. The self is attached to a role in the story of one's own life, and the lifeline is continued in a sequence of events of which a record can be built up – he or she is anchored as an object of biography (Goffman, 1990, s. 63). However, the individual is not the subject of an autobiography – becoming instead an object of retrospective construction.

From I thought to I was: Biographical Reconciliation

> You are going to imagine that in the same space you occupy with your own, real body there exists another body – the imaginary body of your character, which you have created in your mind (…) After a while (or perhaps in a flash!) you will begin to feel and think of yourself as another person [italics in original](Chekhov, 1953, ss. 78-79).

If we are to locate Parsons' sick role in the arena of psychiatry, where a mental disorder is integrated within a social system, the psychological processes of mind and the neurochemical constructs of the brain turn out to have consequences on a field that is structured by a social logic. On the one hand, people interacting build up a social structure and, on the other, the social system is the product of that interaction. Empirically, an individual may feel different in different situations and positions, while otherwise different individuals may behave similarly in similar situations (Turner, 2002, s. 233and248).

Consequently, two processes are actualized during the same period of time. These two processes are similar to the problem that an actor on a theatrical stage faces when playing a new character. The actor Michael Chekhov describes this in a comment taken from a handbook on acting, stating that an actor first and foremost imagines himself as another, and considers how to enact this image (Chekhov, 1953, s. 78). Similarly, as Cavarero (Cavarero, 2000) reasons, this Other who is initially an alienating element in one's autobiography, after a while (or perhaps in a flash!) is reified and turns out to be me, on the stage as well, in a mutually defined situation. Thus, a unique individual may be distanced from him- or herself when enacting a social role while at the same time also be associated with a cluster of behaviours and attitudes that are generally believed to correlate with a recognized social role. Partly, the individual is included in a group of different individuals, and partly he or she becomes distanced from his- or herself. In the context of mental health, there is a differentiation between the psychiatrist's perspective and the patient's that needs to be accounted for when thinking in terms of social roles and the interpretation of a personal life course. The fifth illustrative snapshot comes from David again.

> *David*: I struggled big time. But then I noticed that I thought that what was wrong was my class - that it was because of them that I did not work. I went to the principle's office and nagged that I wanted to switch classes: 'please, please, please, pleeeaaaasee, I want to switch classes.' I thought that it would turn out fine. But they refused. This was during my period in child and youth psychiatry, and the doctor said that it was social phobia, obsessions, and delusions (…) During all my time at upper secondary school, my social phobia was sky high (…) I was extremely unsociable. But I got pills for that.

David could not integrate well into his social group in upper secondary school; he needed to change classes because he thought that something was wrong with his classmates. He felt that he struggled with something external to himself. But at the psychiatrist's office his experiences were explained to him using the knowledge of the medical clinician – the problems were something internal to him. Now David turned out not to be only a schoolboy, but he also enacted a sick role because it was believed that it was he who was extremely shy and unsociable. At first, David thought that what was wrong lay with his class, but his experiences fit the ideal types that describe those

experiences as social phobia. This, however, cannot be accomplished without an interpretation which turns the autobiographical account into a biography. He received pills because he could not get rid of his delusions by using his own will power; psychiatric agency now controlled his biographical experiences and the way he participated in social situations.

The sick role in psychiatry and the problem of induction and self-identification

Psychiatry is based on a hypothetical deductive method, where clinicians test possible diagnostic categories and criteria against the patient's story of symptoms to determine which diagnosis best explains the mystery in the biographical account. The clinicians demystify the experienced absurdities with the help of a diagnosis that is believed to refer to an internal dysfunction (Kleinman, 1988, ss. 8-9). Different psychiatrists are trained to make the same observations and draw the same conclusions concerning an individual. The DSM system ensures that psychiatrists speak the same language so that, in that sense, the diagnosis is reliable. But the diagnoses are, still, labels of what a has patient experienced, what can be found in his or her biography as signs of a disease. However, the aetiologies and pathologies are often unknown, so that the categories in DSM are in some sense more like ideal types, which function as standard, simplified versions of reality, rather than as true disease entities (Ghaemi, 2003, ss. 177-178).

The reasoning in the present article is, briefly, that in the same moment that a mental disorder is recognised in the arena of psychiatry, a sick role is concretised, so that the individual involved is acknowledged and concretely positioned in a social order. But this presupposes, from the standpoint of the patient, a phase of reconciliation with the psychiatric mini-biography in order to initiate the sick role. The individual, as a unitary self-same and self-centred individual, is structurally located in the world and begins to exist as a patient, although, it exists merely as a role externalized from intimate self-reflection (Cavarero, 2000, s. 84). What remains then are the interpretations and the nosology that describe the individual from a momentary position on the not-so-distinct borderline between one's own life and that of others.

Patients verbalize their autobiographies and identify themselves to others. That is to say, they make themselves known by acts of identification and, consequently, differentiation (S. Smith, et al., 2001, s. 32). Within the institution of psychiatry, clinical practice deals with identification, but does so by homogenizing and structuring the autobiographical narrative to fit diagnostic ideal types. This is done rather inductively and interpretatively; observations are, to a certain extent, performed subjectively, yet consistently, from the perspective of clinicians. The diagnosis is inductive and grounded in the life story provided by the patient, not deduced from a hypothesis of mental disorder. Nevertheless, in order to become a patient and then be cured, one needs to reconcile oneself with that diagnosis and identify oneself in the sick role. The fifth quotation illustrates the problems of self-identification and the dilemma of relating narratives, an issue to which Cavarero also devoted attention. This is the dilemma of introducing onto the autobiographical stage an Other who is really that Other with which the autobiographical subject necessarily needs to be reconciled. During my fieldwork I met Monica, a woman in her forties who had been diagnosed with schizophrenia. We sat at a table and spoke, but during the interview she became irritated and said

> Once a patient – always a patient! If you get in contact with psychiatry you will be there forever. You will get an appointment and you go there, but they only prolong your medication. They never listen to you. Never! They never listen. They are not interested. You will get half an hour, nothing more, and it does not matter what you say or what you have done. You are stuck. If it has been all right since the last time, it is thanks to the medication. If it has not been – it time for a new medication. They are not interested in what you have to say, only in what the medication and what they themselves do.

Monica experienced that the Other with preferential rights was not interested in her autobiography, but instead in how it should be structured so that it made sense as a mini-biography. Before proceeding to a final discussion, it can be pointed out that the argument put forward in this paper has a counterpart in a problem identified by the pragmatists. That is: when self-consciousness is established, it will only be as a result of the views and representations others are believed to have. The pragmatists recognized the self as something essentially social; during socialization one does not become

a subject for one's own self, but instead one becomes an object to oneself, as well as for others (Mead, 1964, s. 138). The processes out of which the self arises are social processes which implicate interaction with a pre-existing social group as well as co-operative actions (Mead, s. 164). From Charles Horton Cooley's perspective, the "I" has a meaning which includes references to other persons communicated through the rhetoric of a language (Cooley, 1998, s. 162). Institutions that easy the progress of interaction intervene as external influences in the categories from which biographies then become standardized. The problem with this reasoning is that in being diagnosed by psychiatry, the autobiographical "I" becomes the only future prospect for one's life story, while the influential biographical "self" simultaneously becomes the same story in retrospect, but from another point of view.

Cooley introduced the concept of the looking-glass self to the discipline of sociology. He claimed that self-consciousness is merely a projection of a social order external to a subject and that this projection is constructed as an image that one thinks others have of oneself. The "I" turns out to be constituted via the discourse of "the Other" (Beck, 1992, s. 90, 1994, s. 15; Giddens, 1984, s. 43). Biographies, too, have become reflexive.

> What we call "me," "mine," or "myself" is, then, not something separate from general life, but the most interesting part of it, a part whose interest arises from the very fact that it is both general and individual (…) "I" is a militant social tendency, working to hold and enlarge its place in the general current of tendencies (Cooley, 1998, s. 162).

Cooley created the looking-glass self from the standpoint of "I" and what that brings into the social world "as a militant social tendency." An idea of this sort has three elements: first, the imagining of our appearance to the other person; second, the imagining of his or her evaluation of that appearance; and third, some sort of self-feeling. The second element, the imagined judgement, is essential for the looking-glass self; this element is also what brings dissociation between the autobiography and the biography. To enter into a sick role in psychiatry, the sick person needs to reconcile him- or herself with the inductive diagnosis that the clinician has made about him or her. However, the "I" introduces a militant force into the interaction, working to enlarge its place in the "current of tendencies". Even though the role determines the future prospects of the person who is diagnosed, that role also provides an impunity which is enacted in

terms of role distance. To enter into a sick role structured by the logic of medicine in a psychiatrically institutionalized doctor-patient dialectic presumes biographical reconciliation and self-identification with the retrospective self.

Closing remarks

Subjectivity and the self have been central to the ideas and the institutions of modernity, of which psychiatry is a part. Psychiatry as an institution has a brief history, but is also a new science of the brain that can classify emotions and biographical episodes, and can also produce medication and therapeutic practices to control them. The discovery of psychoactive drugs that were not only sedative, but also anti-depressant and anti-psychotic, confirmed that mental illness could be approached as any other illness. Mental disorders subsequently became susceptible to treatment by the methods of clinical medicine (Rose, 1986, s. 53). But seeing the doctor-patient dialectic as a social system in which the patient takes on the sick role, working to get well again and restore his or her former position in society, implies that there is a frictionless self-identification with the psychiatric mini-biography. This is not always the case; the role may be embodied perfectly, but enacted imperfectly. In terms of the sick role, this means that an incumbent exhibits the four characteristics, but that the enactment involves a staging that shows some sort of impunity from the determinants of the particular situation. That impunity is lodged in the gulf between the autobiographical subject and the biographical self.

Cavarero (2000) holds that the Other is introduced onto the autobiographical stage. In a similar vein, Beck (1992) and Giddens (1984) approach this dilemma in terms of reflexive modernity. That is to say, that the self is constructed via the discourse of the Other. Demystifying mental disorder means that the absurdities experienced from the perspective of the patient are, from the perspective of the clinician (Brown, 1993), inductively interpreted and fitted into a medical nosology. A life story is provided with meaning via the discourse of the Other. However, seen from the perspective of Smith (1990), a life story is embedded in power relationships. In this text I have shown, with a narrative approach, that acting out a sick role actualizes these relations of ruling in practice by the means of

pragmatic self-identification. Although to enact a sick role within psychiatry, a biographical reconciliation must take place first. This reconciliation actualizes the transformation of an autobiographical account from the protagonist into a biographical narrative about the teller of the narrative.

References

APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.

Beck, U. (1994). The Reinvention of Politics: Towards a Theory of Reflexive Modernization. i U. Beck, S. Lash & A. Giddens (Eds.), *Reflexive Modernization : Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Oxford: Polity.

Brockmeier, J. (2001). From the End to the Beginning. Retrospective Teleology in Autobiography. i J. Brockmeier & D. A. Carbaugh (Eds.), *Narrative and Identity : Studies in Autobiography, Self and Culture* Philadelphia: Benjamin.

Brown, P. (1993). Psychiatric Intake as a Mystery Story. *Culture, Medicine and Psychiatry, 17*(2), 255-280.

Börjesson, M. (1994). *Sanningen om brottslingen : rättspsykiatrin som kartläggning av livsöden i samhällets tjänst under 1900-talet*. Stockholm: Carlsson.

Cavarero, A. (2000). *Relating narratives: storytelling and selfhood*. London: Routledge.

Chekhov, M. (1953). *To the actor : on the technique of acting* (1. ed.). New York: Harper.

Cooley, C. H. (1998). *On self and social organization*. Chicago: University of Chicago Press.

Deleuze, G. (1993). Postskriptum om kontrollsamhällena. *Res Publica*(23).

Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: the birth of the prison*. London: Allen Lane.

Foucault, M. (1988). *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason* ([New ed.). New York: Vintage.

Ghaemi, S. N. (2003). *The concepts of psychiatry: a pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Giddens, A. (1984). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity press.
Goffman, E. (1961). *Encounters : two studies in the sociology of interaction*. Indianapolis, Ind.,.
Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
Goffman, E. (1971). *The presentation of self in everyday life* ([New ed.). Harmondsworth: Penguin books.
Goffman, E. (1986). *Frame analysis : an essay on the organization of experience* (Northeastern Univ. Press ed.). Boston: Northeastern Univ. Press.
Goffman, E. (1990). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry : from cultural category to personal experience*. New York: Free Press.
Linton, R. (1936). *The study of man : an introduction*. New York: Appleton-Century-Crofts.
Littlewood, R. (1990). From Categories to Contexts : A Decade of the 'New Cross-Cultural Psychiatry' *British Journal of Psychiatry*(156), 308-327.
Loodin, H. (2009). The Absurdalities of Mental Illness - A Narrative Inquiry into Psychiatric Diagnosis. *Qualitative Sociology Review, 5*(1).
Mead, G. H. (1962). *Mind, self and society : from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
Mead, G. H. (1964). *On social psychology : selected papers* (Rev. ed.). Chicago: Univ. of Chicago Press.
Merton, R. K. (1957). The Role Set: Problems in Sociological Theory. *British Journal of Sociology, 8*(2).
Parsons, T. (1964a). *Social structure and personality*. London: Free Press of Glencoe.
Parsons, T. (1964b). *The social system*. New York: The Free Press.
Porter, R. (1987). *A social history of madness : stories of the insane*. London: Weidenfeld and Nicolson.
Porter, R. (2004). *Madmen: a social history of madhouses, mad-doctors & lunatics*. Stroud: Tempus.

Rose, N. (1986). Psychiatry: the Discipline of Mental Health. i N. Rose & P. M. Miller (Eds.), *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity.
Rose, N. (1996). *Inventing our selves: psychology, power, and personhood*. New York ; Cambridge: Cambridge University Press.
Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. Chichester: Wiley.
Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic : a feminist sociology*. Boston: Northeastern University Press.
Smith, D. E. (1990). *Texts, facts, and femininity : exploring the relations of ruling*. London: Routledge.
Smith, D. E. (1999). *Writing the social : critique, theory, and investigations*. Toronto: Univ. of Toronto Press.
Smith, S., & Watson, J. (2001). *Reading autobiography : a guide for interpreting life narratives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
Summerfield, D. (2005). "My Whole Body is Sick... My Life is not Good" A Rwandan asylum seeker attends a psychiatric clinic in London. i D. Ingleby (Ed.), *Forced migration and mental health : rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer.
Turner, R. H. (2002). Role Theory. i R. H. Turner (Ed.), *Handbook of Sociological Theory*. New York: Kluwer Academic/Plenum Pub.

Delarbete IV

Writing Qualitative Sociology – deciphering the Social in Experiences of Mental Illness

Abstract: *When studying mental health problems with a qualitative approach one faces a complex and diverse field. Same mental health problems create different and unique experiences of shared symptoms. This article is a suggestion for how to approach these unique experiences of mental illness, but decipher common social aspects. In the text I show how a strategy, similar the ones that authors of fiction use to write about a social phenomena that is more than the characters in the constructed narrative, can be used in qualitative methods. The empirical material for the article consists of three evidence context that is created from three interviews with refugees with posttraumatic stress disorder. To analyze these evidence contexts I use two constructs from the literary world: autobiography and biography. Seeing the evidence contexts as different autobiographies coming from different protagonists decipher a story about the common social aspects of their illness narratives. These autobiographies are necessarily not the same as the biographies about the individual that is provided by a clinician when seeking symptoms of mental health.*

Keywords: Mental Health, Medical-Sociology, Autobiography, Biography, Narrative

An evidence context

A man flees from Bosnia in October, 2005 and arrives in Sweden; he is going to settle down with his wife, who already lives here. When he arrives he has no problems with the authorities, such as the migration board or the social welfare office, so he is allowed to enroll in the compulsory language school for migrants. But, after a few months at school, he notices that other students learn the language, pass the tests, and go away – while he remains. It seems as though he has more problems learning Swedish than the rest of his class; it is said that this

is because of his traumatic experiences and the things that happened back home in Bosnia. It is then established that he displays the symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD), so he ends up in a school for persons with experiences similar his.
I visited this man in early January, 2007 to interview him concerning how it was to live in Sweden as a refugee and also about having a mental disorder that intervened in his everyday life. I was interested in what he had been exposed to in Sweden, and how he narrated his experiences. I was interested in his autobiography as a patient as well as a refugee. The story, as he told it via an interpreter, was not marked as much by the practice of psychiatry as by his experiences in a new society. He came to Sweden to reunite with his wife, who had a job and an apartment in which they could live together. He had everything he wanted and needed, he said – economic support, the love of his wife, as well as rest and peace. He had left his trauma behind him. Nonetheless, he continuously compared his "life now" with the "life then" he had once had. In his "life then", back in Bosnia, he had a job and a social life; in his "life now", in Sweden, he has difficulties going out and difficulties learning the language and getting a job. He continued: "If you speak Swedish, then I don't understand a thing, and then I think about how many words I know. And it is quite a few. But it looks like no one else uses the words that I know. I cannot recognize my own words in others' speech." His "life now" is not yet settled.

Introduction: Problem and main question

As a social scientist studying mental health with a qualitative approach one faces a complex and diverse field; there are alternative methodologies and research designs as well as research objects. As an empirical field, the object in focus is usually summed up as being concerned with experiences, encounters, or enactments; for example, experiences of a psychosis, enactments of the doctor-patient dialectic, or different encounters within psychiatry or, as in the vignette above, in society at large. These experiences grounded in routine or everyday life are commonly recorded as textual transcripts or photographic data in the form of field notes, interview transcripts, or observation recordings for later usage. As material for an analysis, these recordings are then scrutinized using theory so that conclusions can be valid for either the relationships between key conceptual interpretations that

emerge directly from the data, or valid for a delineated process that the concepts are part of. The analysis depicts the social organization of an illness and how that is experienced from different points of view. In the first case, as in grounded theory, universal laws cannot be deduced, although the conclusions identify a phenomenon and describe how it originally appears in a demarcated sample (Charmaz, 1990, p. 1162). In the latter case, new knowledge is obtained about wider processes since it comes from a group within a hierarchical structure, and often about the faultlines between that structure and personal experiences (Frank, 1995, p. 25; Smith, 1987, p. 53). Both approaches have, however, the same foundation, namely human experiences of activities in a social setting. But their consequences and claims differ significantly.

Even though these two approaches are popular in social research about mental health, I choose here to discuss another path which offers an alternative method to those driven by the imperatives of standardization of human experiences, and those focusing on a discursive organization in order to interpret and analyze the coherence of subjective positions in a structure. I discuss a sociological methodology that seeks coherence of the social from the perspective of the protagonist of an autobiographical narrative. Throughout the text I use the word *decipher* here in order to represent the procedure of going from the subjective aspects of an autobiography to the external social macroworld. Elliot G. Mishler (1999, p. 23) suggests that a methodology that starts from human experiences can be about the person who has those experiences, but the analysis cannot be captured by superficial research questions only. The analysis must go beyond them.

In qualitative sociological research of medicine and mental health, researchers direct attention to understanding how individuals in a social context recognize and respond to mental health – or lack thereof (Pescosolido, Boyer, & Lubell, 1999, p. 441). The problem for the present article concerns the movement from the subjective autobiographical narrative to the sociological hermeneutical conclusions that are reached by listening to individuals' suffering. In the vignette above, the man from Bosnia narrated his sufferings, but a social inquiry cannot be about his individual sufferings and psychiatric dispositions. His narrative and sufferings must necessarily be extended into a social context where it makes sociological sense. This way of working highlights the methodological considerations discussed in this article. The methodological issues considered here are connected

to a critique of universal knowledge (e.g. Stone-Mediatore, 2003 & Cavarero, 1995), standpoint theories (e.g. Smith, 1987 & Frank, 2000), as well as literature and narrative research (e.g. Eco, 1994 & Hunter, 1991), and as medical anthropology (e.g. Mol, 2002 & Kleinman, 1988). In general, this approach is located on the border between autobiographical and biographical research and it suggests that new knowledge about familiar contexts can be produced from the subjective experiences of these. However, these experiences serve as contrasts to the common knowledge that usually dominates knowledge production (Stone-Mediatore, 2003, p. 43). Stories are practices that are regulated by the social institutions and hierarchies that produce, legitimate, and distribute knowledge (p. 132). So, more specifically: the conclusions come from the subjects included in the research but the conclusions are not about them, they are about the practices of social institutions. This article is a description of the reasoning behind a methodology that situates the interviewee as a storyteller who is included in psychiatric practices, but which produces and legitimizes knowledge about the social. The main question for this article is how to make sense of knowledge in a global way while starting from the particular embedded standpoint of the interviewee?

Disposition: Two dialogues for conceptualizing an evidence context

Much that is sociologically relevant can be learned from the medical field. When a social researcher enters the arena of medicine, new aspects come to light, albeit by way of using other concepts than those of the actual field itself. The Dutch ethnographer Annemarie Mol (2002) did an ethnographic report about the common disease atherosclerosis. She showed that the disease is actualized and deciphered differently depending upon the context it is part of at any given moment. The disease is discussed, measured, put under a microscope, or hinders a patient from walking (pp. 30-44). From this perspective, atherosclerosis has multiple meanings and it appears to be many things other than just a disease, which, of course, it also is. According to Mol, the meaning of atherosclerosis is dependent on the context in which it is deciphered; a particular meaning, then, allows certain conclusions to be drawn. Different methods create different

evidence or, rather, different evidence contexts.[1] The conclusions in Mol's study do not focus on the disease, but on the social context that causes it to transpire. The evidence context I have constructed for my research, and discuss here, is biographical narratives from refugees with a psychiatric diagnosis of PTSD. My thesis for this article is that the autobiographical stories constitute contexts that are about the social and not the psychological, individual, or neurological. Biographical narratives are instead about the individual, coming from another perspective than that held by the principle protagonist.

In order to discuss the movement from autobiographical data to sociological conclusions, this article is structured as an account of two dialogues involved in deciphering the social aspects of mental illness in oral narratives. The first dialogue is about defining a concept of mental disorder interesting for sociology and determining where to find it; it is a dialogue between sociology and psychiatry. The second dialogue is between this sociological problem and the field – how to find and delimit the object from the first dialogue in an empirically legitimate way. In this second dialogue it is shown how a pragmatic and abductive approach can be used to establish an extant theoretical problem as a starting point and provide a sample suitable for dealing with this problem. The section following the second dialogue is a discussion of how to represent the sociological object in a text.

Before proceeding to the dialogues, I begin with a section concerning the importance of turning to the literary world. My suggestion in this section is that authors of fiction are skilled enough to write about a meaningful wider context that cannot be accessed at the surface of a text alone or only in the isolated individual events that lead up to its end. This suggestion is in line with the similar reasoning of Adriana Cavarero (2000) that fictional characters represent and illustrate universal circumstances, which can be used by diverse readers to make their own unique lives accessible in new ways for themselves and for others.

[1] In research on mental health there are three major methodological currents. There are randomized, controlled trials (RCT), epidemiological studies, and case studies (this latter covers several kinds of approach). Each of these creates a specific evidence context (Busfield, 2006, p. 217).

Deciphering "aboutness" – a dialogue with literature and medical knowledge

The eighteenth and nineteenth centuries were the most narrative of centuries, and within this period of time a very great range of literary narratives, both fiction and history, became available to readers. The literary world was almost taken for granted, and therefore new connections between epistemology and storytelling were made. The increasing number of literary texts, facilitated by new printing techniques and educational reforms, actualized new cultural presuppositions for the production of knowledge (Hunter, 1991, pp. 21-22). The literary field provided a space for comprehending something that could not conceptualized as a single, isolated phenomenon. Literary works express something that is valid for more than an isolated individual, and hint at something more than the text describes specifically. The narrative's sequence of events presents a meaningful wider context that can be made sense of only in global terms, and which is not reducible to particular events alone. The explicit narratives of stories transform singular events and seemingly isolated phenomena into meaningful wholes (Schleifer & Vannatta, 2006, p. 368). In fiction, the narrative leads to a conclusion that produces coherence in a wider context; the "aboutness" of the text establishes a relationship between different events (Eco, 1983, p. 213). The narrative is a story about something that cannot be accounted for at the surface of the text and which could not have been described in another way.

The word *fiction* comes from the Latin *fingere*, "to make" and "to make up". Fictional stories are made up in order to portray a wide range of issues, including heroic adventures, tragedies, and crime stories – as well as biographies and autobiographies. What they have in common is their fictional nature, although they may be associated with historical circumstances experienced outside of the text. Throughout her book *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Kathryn Montgomery Hunter draws parallels between the knowledge of medicine and the episteme of detective fiction.[2] Hunter, however, is not searching for medical knowledge

[2] I follow here a definition of *episteme* provided by Michel Foucault (1980): episteme is a retrospective strategy used to separate statements, not true from false but for establishing what may be most reasonable within a scientific field. It

within the narrative structures of Arthur Conan Doyle's stories about Sherlock Holmes. Instead, she claims that novels represent an approach that exhibits a way of understanding, of making sense, that she also finds in the practice of medicine. The methods that Sherlock Holmes and Dr. Watson use when solving their cases are very much the same methods of working as those that are used when medical cases are organized and solved (Hunter, 1991, p. 83). The point is that, although Holmes and Watson are fictional characters solving imaginary cases, Conan Doyle uses them to present and illustrate elements of a way of thinking that could not have been illustrated in another manner. But are valid for other situations.

The stories of these two leading characters demonstrate ways to solve not only crime, but mysteries and riddles as well; these ways were, of course, known and practiced long before Holmes entered the fictional world. But by publishing these detective stories, Conan Doyle made a way of thinking available, and, with that, also a way of making sense of the world. Hunter (1991, p. 65) sees here analogies between Conan Doyle's tales and the quests of clinicians. The medical plot provides a narrative organization for a case that comes to stipulate a diagnosis. The clinician listens to a patient's retelling of a series of strange or uncomfortable events – a patient narrates how different events correlate with each other from his or her own point of view. But, as Stone-Mediatore (2003, p. 32) points out, the story is not reducible to its narrative text. First off, the narration performs the task of linking together disparate elements within an integrated whole. Secondly, the storyteller uses aesthetic language to portray past experiences. So, in a psychiatric context, from the point of view of the psychiatrist, there is a conjunction of medical knowledge with the narrative provided by the patient. This first delineates a process that is derived from the clinician's knowledge but, secondly, it also refers to the psyche and inner life of the storyteller.

In order to ultimately make sense of a patient's narrative, clinicians routinely look below or beyond the surface of the patient's presentation to make that narrative fit into a diagnostic category (Brown, 1993, p. 259 & 271; Schleifer & Vannatta, 2006, p. 364 & 365). The patient's presentation hints at a diagnosis, but the clinician must fill in the blanks so it coheres as a medical description. Like a Sherlock Holmes story, Hunter (1991, p. 66) writes, the presentation

---

grounds knowledge and discourse in a statement considered to be acceptable (p. 197).

is an interpretation that deciphers a meaning from the narrative. Hunter focuses on the narrative structure of patient presentations and how they are interpreted from the perspective of the clinician, with the clinician's knowledge and episteme. However, illness stories come from people who are thought to be ill; their lives, as they know them, have been reshaped by their own notions about what it means to be sick. Accordingly, an illness calls for stories about health and non-health. Therefore, the experience of an illness may or may not match the descriptions offered by clinical or academic medicine (Frank, 1995, p. 63, 2000, p. 357).

For the patient, life is a mystery – for the clinician who takes on the role of detective, the patient is a mystery. These are two different perspectives which create two different stories, albeit, from the same narrative foundation. Bringing them together reveals a rift between the subjective perspectives and social organization. Following here the reasoning of Adriana Cavarero (2000, p. 15), this rift transforms the autobiography into a biography. That is to say, the autobiographical subject learns who he or she is from biographical stories about him- or herself. The autobiographical subject is included in a biographical story, and that story is about the subject as a biographical object.

New storytellers – new worlds

The man from Bosnia in the vignette above made a great impression on me, although he neither showed direct symptoms of PTSD nor had problems with the authorities, which was usually the case in the interviews I conducted (Loodin, forthcoming). It was the phrase, "I cannot recognize my own words in others' speech," which I felt described his situation as a whole.

During the eighteenth and nineteenth centuries, various new authors entered the literary world and provided stories in their texts that had not been shared previously. There are several examples. Women authors became active in literary space, and are perhaps the most significant group that deciphered new stories via narrative structures. Other examples include writers from lands that had been colonized, and authors whose histories included transportation to North America as slaves. Their narratives dealt with issues overlooked by many Western authors who dominated the literary scene. The literary activities of these new authors provided new possibilities for making sense of the world. As suggested above, their writings deciphered issues that could not be deciphered in other ways. But these issues

could not be recognized in the words by, and worlds of, already established authors. In fact, they themselves could not recognize their own speech in the words of others – no one else used the words they knew.

In spite of these examples, I choose here to discuss a trajectory usually classified as falling within the literary canon of social realism. Sweden enriched this genre of realism via proletarian authors; authors who came from working class families but who had had the opportunity of attending state-financed schools for six years. Accordingly, they were not forced onto shop floors or into agricultural labor in order to obtain allowances as children; instead, they learned to read and write. Subsequently, they developed into autodidactic storytellers with a prose different from that of Swedish authors from the bourgeoisie. They wrote about big issues with small words, the proletarian author Ivar Lo-Johansson claimed (Lo-Johansson, 1988, p. 17). They could provide an account of the working-class context in new ways, in their own language, using their own vocabularies. The focus for their stories was on the individual, but their stories deciphered the proletariat and the environment of the working class and agricultural workers in Sweden at the time of industrialization. Writing about this environment was nothing new, but it was usually done from the viewpoint of the bourgeoisie who then dominated the production of literature. These established authors were the ones who had the training and the time to write stories.

Lo-Johansson (1988, p. 18) was one of the autodidacts, calls the middle-class authors who problematized working class issues "visiting writers" and "tourists". They did not, however, write anything condescending or patronizing. They simply wrote about the proletariat – but not about how the members of the working-class themselves experienced things. What's more, these bourgeoisie authors wrote about proletarians in a language that they would not have chosen to describe themselves, so that they were forced to read about themselves in a language that was not appropriate for the environment it depicted (p. 17). Lo-Johansson continues his critique by noting that while visiting writers could criticize the working-class movement from the outside. The proletarian authors were doing the same but they simultaneously placed blame on themselves, their fellow workers, and the movement. Visiting writers walked free, as though they had conferred a blessing, but the proletarian authors were left with feelings of regret and failure.

In a manner similar to the reasoning of Stone-Mediatore, Lo-Johansson (1988, p. 25) writes that proletarian novels certainty must first be treated as aesthetic works of art, or else their message, and the game they play, will be lost. Secondly, a proletarian novel must not only be seen as good literature, written as a result of the author's own desire to write. It should also provide a collective perspective on the individual "hero" (p. 25-27). The heroes of bourgeoisie culture are mainly individuals in character, something that grates among the proletarians, where a hero is considered more as part of the collective, as someone who contributes to the movement.
Proletarian authors established their standpoint from another position than that of the bourgeoisie writers, even though both types of author referred to the same events and partook of the same context; they plotted their stories differently. In their narratives, these two kinds of authors told different stories, deciphering two meanings of the same society directly linked to their different respective perspectives. In the similar reasoning of Lo-Johansson, visiting writers provided only a biography about the proletariat, while the autodidactic proletarian authors provided autobiographical knowledge from themselves, about their social environment. What it is important to note, in line with the views of Cavarero (2000, p. 82), is that the uniqueness of the working-class population in Sweden can be understood via the stories written by the autodidactic proletarian storytellers, even though these stories are fiction.

The First Dialogue: An Embedded Standpoint

The literary world provides a space for making sense of social contexts; the narratives have an aboutness that is captured by focusing on the individual, while yet seeing the global context. This aboutness is not located on the surface of the text, nor found in how the text supports claims within itself. In this section, I will argue that it is important to retain this approach as a key concept even in a qualitative methodology. In a qualitative methodology, the ways of producing data for analysis have previously been criticized for being subjective. It has been said that such an approach is about subjective impressions, and that it neither uses a rigorous research design nor analyzes hard facts (Gubrium & Holstein, 1997, p. 12). Qualitative methodologies do not fit into our tradition of knowledge, critics have said. This critique, however, has subsequently been turned on its head by

researchers who have pointed out that all research starts from the subjective. Latour and Woolgar (1986, p. 213) showed that in laboratory life sociological elements such as status, rank, and social situation influence the practices of a laboratory, and, consequently, the science performed there and facts it produces.

Latour and Woolgar, as ethnographers of the laboratory, were in this case the visitors that Lo-Johansson wrote about. But their study is an example of not writing about the performers, actors, objects, or subjects as isolated entities. Their analyses were about a practice that organized facts, and about how different material objects and actors, in a global sense, facilitated this organization. We can learn from this that the social world is sustained through the continuous interaction of persons and things; together they create the dynamic relationship that creates a social world (Austrin & Farnsworth, 2005, p. 148). And that social world is derived from the micro-sphere of interaction by applying concepts taken from social theory. The object of study is what the parts together build up, but from the embedded standpoint of the social researcher. It must be possible to make sense of this object using the concepts and ideas of one's own field of research.

For clinical psychiatrists studying mental disorders, a definition is available that fits into their own particular traditional knowledge. In the introduction to the American Psychiatric Association's diagnostic manual of mental disorders it is stated that…

> …each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with a present distress (e.g. painful symptom) or disability (e.g. impairment in one or more important areas of functioning or with a significantly increased risk or suffering, death, pain or and important loss of freedom /. . ./ whatever its original cause it must be considered a manifestation of a behavioral, psychological or biological dysfunction in the individual (APA, 2000 #3@xxxi).

A mental disorder is located within an individual, but it is identified via the theories and methodologies of the medical field. The medical plot, the narrative organization of the case, is shaped by the physician's wish to understand the patient's illness and to propose a diagnosis (Hunter, 1991, p. 65). As we continue reading the manual, it states, "The diagnostic categories, criteria, and textual descriptions are meant to be employed by individuals with appropriate clinical training and judgment, the method of data collection is also important." (APA, 2000, p. xxxii). When studying mental disorders as

a clinical psychiatrist, a different meaning is deciphered than the one that is deciphered by the sociologist.
In qualitative sociology, the social as an object of study is deciphered in a narrative practice, and may be studied as stories from social beings. However, it represents neither hard facts that are independent of the position of the researcher – and from his or her interests; nor can the researcher remain a passive witness of an external reality, as, for example, was originally suggested in Grounded Theory (Charmaz, 1990). In my research, the life stories collected bring subjective experience into the scientific world. Life stories are often treated as biographical data but seldom as autobiographical knowledge (Cavarero, 2000; Stone-Mediatore, 2003). In a parallel approach, Dorothy Smith, a sociologist known for a sociological perspective that explores power relations within the social context of which an individual is part, writes

> I do not imagine you can have a sociology without standpoint or interests. Rather, the sociology making inquiry into the social as people bring it into being its central project is necessarily in explicit dialogue with them and is necessarily exposed to being changed by that dialogue (Smith, 1999, p. 156).

There are power relationships which turn the subject into an "other", located in a story about him- or herself; that is to say, situated in a biography. The scientific structure comes rather from the standpoint of the researcher than from the standpoint of the researched. This perspective derives strongly from the heritage of Durkhemian sociology, which holds that social life can be explained independent of the conceptions of those who are being studied. This view is that society can be understood and explained in terms of causation that lies outside the consciousness of its members, using concepts developed by the researchers alone (Durkheim, 1982, p. 171). But, as Bourdieu reminds us, "…every established order tends to produce the naturalization of its own arbitrariness." (Bourdieu, 1977, p. 164). In the same way that there is a dialogue between the social and the personal, there is also a dialectical relationship between the researcher and the context of which he or she is part. The outcome of this dialogue constitutes, then, the prerequisites in which the analysis is grounded.[3]

[3] Michael Burawoy drew up lines for a methodology that would identify the macro foundations of micro sociology. It takes the form of "patterns of domination in the micro situation" (Burawoy, 1991, p. 283).

Evidence context II

During the period when I did the interviews with refugees, I met a woman from Uzbekistan a few weeks after I had met the man from Bosnia. She had also been diagnosed with PTSD, and had come to Sweden as a refugee, but she came here alone and had had some problems with the authorities in obtaining a residence permit. First, she waited two years after receiving an initial negative decision for a permanent residence permit; she appealed against the migration board's decision and took her case to a higher court. Then, during this turnaround time, the political situation in Andijan changed and she was given a positive decision for humanitarian reasons. She continued repeating, via an interpreter, "I felt great relief inside [when I got the permanent residence permit]. And as you can see, I brought lots of political problems with me, and I would probably be arrested, along with my children. It was an enormous burden and we were scared all the time that we would have to return, and would be arrested."

I proceeded with the interview and asked her if she felt at home in Sweden. She reflected on the position in which she had ended up in Sweden and said, "If you see it in general terms, that I am here, that I am a part of society, then I feel safe. But if I think about what I was able to do, and what I had before, and compare that with what I have now, and how I live my life now, then I feel like a complete stranger." Her trauma is back in her homeland, but she experiences her contemporary position as a stranger when she contemplates herself in her own autobiography. How do I understand that trauma from the perspective of a sociologist?

On problematization

Grand sociological theory deals with the aspects of a social system, and is concerned with the phenomena of the institutionalization of patterns, changes among them, and conformity with or deviance from them (Parsons, 1964, p. 552). Bourdieu (1992, p. 7) recognized that the general task of sociology is to uncover the deeply buried structures of society. Diverse relationships are what constitute the social aspects of human life, along with the mechanisms that cause these relationships to be reproduced or to change. However, critics of grand

theory claim that the structures accounted for by sociologists neglect the subjective representations of the actors in society. Macro concepts are forced onto to micro worlds, so that, instead of exploring the microworld, the macroworld of sociological theory explores itself. Consequently, sociology excludes many structural features of human society that are its actual object of study (Mills, 1967, p. 35). However, in qualitative research concerning mental health and illness, there is a need – a moral duty, if we talk to Arthur Frank (1995) – to account for the hardships of everyday life and the daily struggles that a person with an illness like a mental disorder must face. In order to understand the transformation or preservation of social structures, subjective representations and marginal experiences also need to be included in the discussion.

It is an assumption of this article that a sociological perspective illuminates perceptions of the social world; the dialogues are about what makes these perceptions possible when an illness intervenes. The social world is seen from a certain position, but we know from Bourdieu (1989, p. 15 & 18) that there are many different possible viewpoints and even antagonistic points of view. Accordingly, there is an inherent competition between marginalized experiences and those that dominate. In the vignette, there is a rift between how the social is actually structured, and how it is structured from the perspective of the woman from Uzbekistan. The excerpt from my interview captures the faultline between autobiographical and biographical knowledge. First, she sees herself at home in Sweden, and she feels safe. Put differently, she is included in a story that does not cohere from her standpoint. Comparing her "I now" with her "I then" makes her feel a stranger.

What once was a problem for qualitative sociology, but today is an advantage, is that it generally analyzes representations that are bound to a given biography and only valid from a particular standpoint. It only investigates aspects limited to a clearly demarcated sample; a single perception of the shared social world. But as the excerpt from the interview with the woman from Uzbekistan illustrates, there is a distinction, as a faultline, between biographical knowledge concerning her and the autobiographical story of how she views her own life. She is part of society and has a biography in Sweden, even though she feels like a complete stranger.

The Social Foundation

The identification of an object of study is very much a theoretical dialogue about what to find and where to find it. The interview with the woman from Uzbekistan gave me a biographical picture showing that she felt safe, while it also provided an autobiography showing that she was a stranger. In literary narratives, the authors account for a global whole, as in the example of the proletarian authors, while sociological concepts reveal social structures derived from subjective accounts of a microworld. From interviews with people who have experienced living with PTSD, accounts can be included which allow us to see new aspects of the nature of a psychiatric diagnosis.

That social differentiation generates distinct interests, variously located in the structures of society, is one of the principle assumptions of sociology (Merton, 1957, p. 115). That narrative is a way of knowing is one of the fundamental suggestions of critical literary studies, Hunter writes. The plot of a narrative locates concrete, experienced reality in relation to abstract representations. But a representational plot works in a dialectical manner, Hunter (1991, p. 65) maintains, referring to Georg Lukács: it connects the story to the conscious participation of a protagonist who is located in a social structure. As in Marxist theory, there is an interplay between dual positions: individuals making and transforming the world into reified conditions to which they must then respond. Accordingly, the perspective deals with social differentiation that is experienced, but also mutually conceptualized (Mishler, 1999, p. 18).

Clearly, the participating 'social' individuals take part in something over which they, as individuals, do not have direct control. So, when listening to marginalized experiences, we are listening to narratives, not about a protagonist, but about activities and actions situated in a public realm embedded within the practices of relevant institutions. In a medical encounter, there are, writes Elliot Mishler (2005, p. 432), multiple ramifications among the strange and familiar plots that are caught up in both the patients' and medicine's worlds. As was the case in the previous vignettes, there are accounts of strange situations that do not cohere from the perspectives of the patients. The trauma back home and the experiences of psychiatry do cohere. Instead, what does not cohere is the "life now" in the new environment. These accounts of estrangement are conceptualized using the patients' own logic, although the oddities of their biographies are assimilated and the worldview is revised into familiarities (Stone-Mediatore, 2003, pp. 42-43 & 133). It is a dialectical fusion of horizons, starting from

strange events that may be hermeneutically included in the dominant knowledge.

The second dialogue: On methodology

The man from Bosnia and the woman from Uzbekistan come from different backgrounds. What brings them together is that they both have PTSD, although their backgrounds differ significantly. In this dialogue, I will discuss how to think about sampling and how to grasp the issues involved in a legitimate way. In this third vignette, it is shown that although PTSD characterizes the life that this refugee lives, it is, as was the case in the first dialogue, the social foundation which it is important to understand. In this section I will show how the objects of study, theory, and methodology are three elements of research that cannot exist independently of one another. These three elements become embodied in the samples that I, as a researcher, choose to examine. First of all, in a stringently controlled sample there should be clues that, secondly, can be recognized in terms of the concepts of a theory. However, thirdly, the findings that are acknowledged restructure the initial theoretical approach. So if experiences, such as those of the man from Bosnia, are included in the common meaning of PTSD, that meaning may be restructured.

Evidence context III

The third vignette is based on an interview with a fifty-three year old man from Iraq. Even though he knows that several people who arrived in Sweden later than him have already received Swedish citizenship, he himself still awaits a positive decision. However, he has a residence permit, and consequently is allowed to remain in the country. He says that if you have citizenship it is much easier to travel, and he has many family members who have to fled to the USA that he wants to meet again. He has not seen them for fourteen years.

His daughter still lives in Syria, in spite of the fact that she has a residence permit for Sweden, although her husband and son do not have residence permits. These things make the Iraqi man worry, because life there is not that easy, he says. Just now he dedicates his life to prayers, to the Koran, and to reading various other religious books about Christianity and Judaism. He tires of all the waiting, he says; his patience is exhausted, and at night he cannot sleep. So he sits praying and reading between two and five in the morning, when

everything is quiet. That makes him feel harmonious and peaceful. He says that during the night, when he reads and prays, he usually cries, but the writings and his crying bring him together with God. He looses himself in the meanings that he finds in the different stories. From these stories, he can understand his life, which he can't make sense of in other ways. He says, "For example, I do not go out much, because God has told me that it is not right to see women who are scantily dressed. It is not right for me to look at them. That is not the right way to live, and so I receive instructions to not leave the apartment because I might look at them." His life differed from that of the others I interviewed, but, as with them, he was not fully a part of it, and there were things at the time of the interview he could not understand.

On abduction and narrative methods about mental health and illness

When working with abduction within qualitative research about mental health, there is a need for a methodology that takes into account both the structure and the individual who is deemed to be ill. To study this dissolution of the barrier between individual and society the methodological focus is directed to highlight "the macro foundations of micro sociology" (Burawoy, 1991, p. 283). In recent years, narratives have become a way to reach individuals' linking and coordination of particular activities (Smith, 1999, p. 6). Also, biographies have become an accepted way of retrospectively understanding the social by way of the life of an individual (Riessman, 1993). The recent focus on narratives and biographies in sociological methods has subsequently lead to an interest in how institutions intervene in the everyday world of the autobiographical protagonist. Or, as Liz Stanley (1992) theorizes, the supposed binary of self and other is disturbed. Via aesthetic parts of narratives and rhetoric structure of autobiographies it is possible to account for how fact and fiction, as well as social institutions, intervene in the life story of an individual. Cavarero suggests that every human being has a life story that can be narrated, and that by listening to personal narratives about one's own biography, the individual is included in telling a story about the social.

Liz Stanley introduces the term "auto/biography" to illustrate the complex and shifting borders of autobiographical stories. It is crucial to separate the life course from the life story as recounted, but

bringing them together allows for the deciphering of sociological conclusions. The aboutness does not refer to the individual speaking, but to what happens when a diagnosis enters the life course. Selecting a sample that aims to portray social aspects of PTSD does not necessarily mean that the sample is representative for all persons who have that diagnosis, although, others with similar experiences may recognize themselves in the sequence of events. The narrated personal events are experiences of a social practice in which the individual is embedded (Stone-Mediatore, 2003, p. 120).

Qualitative methods deal with experiences, and the version of sociology of mental health and illness discussed here deals with experiences from psychiatry. Narrative inquiry legitimates theory by emphasizing the value of a person's own story (Becker, 1970, p. 64). But we have seen from post-structuralist critique that experiences, no matter how marginalized they are, in fact reproduce the mechanisms that structure experience as knowledge (Stone-Mediatore, 2003, p. 97). The risks connected to deriving legitimate and valid sociological reasoning from someone else's story may also include what Pierre Bourdieu calls "symbolic violence" (Bourdieu, 1999b, p. 609). This means that building theoretical conceptualizations and generalizations creates discrimination of the world that it aims to portray; on the one hand, it may be scientifically valid and reliable, while on the other it may be discriminatory. By ignoring certain factors in order to restructure existing theory, we may ignore what is important for the protagonist, so that our own story about the social can be written. Ideally, however, we should restructure existing concepts by starting from the interviewees' stories and deciphering the systems already conceptualized.

Discussion: A methodological approach

The man from Bosnia, the woman from Uzbekistan, and the man from Iraq are all included as samples from my previous research; they show syndromes or a pattern that have occurred and which fit the criteria for PTSD. But the lives they lead, the biographies they have and the lives they depict, and autobiographies they narrate differ from one to the other. The man from Bosnia could not see himself in the words of others, while for the women from Uzbekistan, her "life now" was disrupted from her "life then". The man from Iraq was stranded and could not see his family, friends, and relatives from Iraq, so he

became involved with religion. But the stories he read did not cohere with what he saw outside his apartment, so he did not go out very often.

In the context of my argument about literary work, new storytellers and these three disparate evidence contexts are on the surface very dissimilar, although they are all about the same disease, PTSD. Even though these individuals provide different narratives, and have traveled along diverse roads, their experiences do account for three features that may, in a global sense, be correlated. The man from Bosnia talked about loosing himself in the words of others, the woman from Uzbekistan spoke about how her life now did not cohere with her life then, and the man from Iraq does not go out often because what he sees outside his apartment is not, from his perspective, how life is supposed to be. They have all been subjected to the same institutional practice by the migration board, been under the investigation for PTSD, and been enrolled to the same language school. Together add nothing new to PTSD as such, but the vignettes' specific details add, nonetheless, information to a common institutional trajectory when they are treated as cases of marginal experiences and counter-cases to common biographies of PTSD.

What is interesting, then, is not the narrative as an accurate retelling of events as they happen, but how the social realm is deciphered from narrated events: how the protagonist illustrates a meaningful wider context and grapples with aspects of life that do not fit together with how it was expected to be (Stone-Mediatore, 2003, p. 184). Therefore, every interview is an individual story that holds information about the institutions involved, an individual's life with PTSD, and his or her becoming part of a disrupted narrative. The storyteller becomes here the Janus-faced first person of the narrative who seeks in the past but reaches into the future. Noteworthy, it is a story about a marginalized life that shifts in and out of cultural and social worlds, and about activities that defy commonly agreed-upon distinctions of inclusion and exclusion. The woman from Uzbekistan restructures the past so that it has meaning or purpose for the present, making possible a perception that differentiates her subjective position from those of others (Williams, 1984, p. 178).

Bourdieu (1999a, p. 69) called this circumstance a biographical illusion, when the significant events in an autobiography are connected as linear cause and effect, deduced from the biographical project. The storyteller is then a deity who can look not only into the future, but also into the past to situate an individual in an historical

relationship between self and society. But, as we saw in the vignette about the life of the man from Iraq, his experiences were also situated in religious texts. The story that reveals who he is is necessarily biographical and it includes the meanings provided by the religious books. These points are constituents in the emergence of a story as, for example, an "illness", "hero", or "victim" or "villain" narrative. For Bourdieu (1999a), it is a rhetorical illusion to treat "life" as a story. Through this illusion it is, however, possible to see how the informants made sense of their lives from the situations in which they are now located.[4]

The task of my methodology, then, is to determine how each of the informants organized a life story as part of a larger totality emerging from his or her immediate situation. What is significant for each case is that the events in the narrative represent turning points in the individual's life story. Life took a new turn, towards a new end with a new teleological explanation, albeit one occasioned by the interview situation. The stories I listened to, when interviewing refugees with PTSD, were all conceptualized in similar ways, although they touched upon disparate happenings and the events usually led to similar outcomes and followed similar plots. These plots should, then, reflect what these persons have been exposed to, and demonstrate how their lives have led up to their contemporary situations and positions.

When a sample is dealt with using this methodological approach, the storytellers themselves might be reduced to the stories they provide (Moen, 2006, p. 56). On the one hand, the suggestion is that the individual is not interesting; it is the narrative he or she provides which is interesting. On the other, it is suggested that to become a story, what is recounted must be located in a context; after all, the narrative comes from someone, from the indeterminate reciprocal relationships between individuals and their settings (Williams, 1984, p. 178). Or, as Arthur Frank (1995) puts it: the story comes through the body. And so the narrative becomes a story about disease, one that comes from a diseased body telling how the disease, as a diagnostic phenomenon, is experienced as an illness (Kleinman, 1988). It is a product of the "official" knowledge of medicine. "Disease is what the practitioners have been trained to see through the theoretical lenses of their particular form of practice." (Kleinman, 1988, p. 5). However,

[4] It is important to note that the narratives do not retell what actually happened. The narratives tell only how these persons see their biographies at the moment the interviews are conducted.

when it becomes a part of a biography, it is accounted for as an illness; it becomes a part of the reciprocal relationships between individuals and their settings or environment (Williams, 1984, p. 178). In the biography, this is accounted for as a significant event and made sense of as a disruption. So that the individual is not erased from the analysis, the focus is on the relation between the individual, history, and the situated events accounted for by the storyteller.

Conclusions

An illness would not simply be a representation of an internal dysfunction, but also a representative case of a larger totality mediated via the words of the protagonist. The starting point is a novel hypothesis, and the selection of individuals in the sample is chosen to fit this hypothesis. This hypothesis is neither tested nor falsified; instead, the theory that the sample is a case of is restructured. The methodological model I present here consists of three parts. First, there is the standpoint; second, there are experiences; and, third, there is the plot turn, filling the narrative with an "aboutness". These three parts are interrelated, and no part can stand by itself; they need to be seen in relation to one another. Experiences are the most basic part of a narrative; they take place at a certain time and are understood in relation to each other. In the narrative, the standpoint is placed toward the end. A narrative is usually defined as having a beginning and an end, as well as a middle, and there is either a disconnected series or a coherent sequence of events (Eco, 1983, p. 213, 2004). In this article, I have discussed how a narrative approach can be used in the arena of psychiatry by creating a story that shows how a narrator makes sense of his or her biography in relation to the autobiography he or she recounts; ideally, this is linearly and coherently organized - but often it is not. Typically, the process entails relating a continuous account of some set of events to one's own life course, but the orderly sequence often becomes, from one's own perspective, fragmented. The structuring of the events in relation to other events creates a plot. This is the "aboutness" of the story that the theoretical analysis should decipher, with the methodology focusing on the individual then conceptualizing, and making sense of, the wider global context. As I have shown in the vignettes, the experiences that the interviewees describe all represent examples of estrangement; one does not understand himself in the words of

others; for another, "life now" does not cohere with "life then"; and, for the third, he cannot continue life as he knows it. So, although these three characteristics of PTSD do convey individual attributes, they also have validity as social phenomena.

References:

APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Austrin, T., & Farnsworth, T. (2005). Hybrid Genres: Fieldwork, Detection and the Method of Bruno Latour. *Qualitative Research, 5*(2), 147-165.

Becker, H. S. (1970). *Sociological work, method and substance*. Chicago,.

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge Univiversity Press.

Bourdieu, P. (1989). Social Space and Symbolic Power. *Sociological Theory, 7*(1), 14-25.

Bourdieu, P. (1999a). Den biografiska illusionen. In P. Bourdieu, G. Gimdal & S. Jordebrandt (Eds.), *Praktiskt förnuft : bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos.

Bourdieu, P. (1999b). *The weight of the world: social suffering in contemporary society*. Oxford: Polity.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: Univ. of Chicago Press.

Brown, P. (1993). Psychiatric Intake as a Mystery Story. *Culture, Medicine and Psychiatry, 17*(2), 255-280.

Burawoy, M. (1991). The Extended Case Method. In M. Burawoy (Ed.), *Ethnography unbound : power and resistance in the modern metropolis*. Berkeley: Univ. of California Press.

Busfield, J. (2006). The Evidence Context in Mental Health Research. In M. Slade & S. Priebe (Eds.), *Choosing Methods in Mental Health Research : Mental Health Research From Theory to Practice*. London: Routledge.

Cavarero, A. (2000). *Relating narratives: storytelling and selfhood*. London: Routledge.

Charmaz, K. (1990). Discovering Chronic Illness : Using Grounded Theory. *Social Science and Medicine, 30*(11), 1161-1172.

Durkheim, É. (1982). Marxism and Sociology. The Materialist Conception of History (1897). In É. Durkheim (Ed.), *The Rules*

of Sociological Method: and Selected Texts on Sociology and its Method. London.
Eco, U. (1983). Horns, Hooves, Insteps. Some Hypothesis on Three Types of Abduction. In U. Eco & T. A. Sebeok (Eds.), *The sign of three : Dupin, Holmes, Peirce*. Bloomington: Indiana University Press.
Eco, U. (2004). *Tankar om litteratur*. Stockholm: Bromberg.
Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
Frank, A. W. (2000). The Standpoint of Storyteller. *Qualitative Health Research, 10*(May), 354-364.
Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York, N.Y. ; Oxford: Oxford University Press.
Hunter, K. M. (1991). *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*. Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press.
Kleinman, A. (1988). *The illness narratives : suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts* ([Ny utg.] / ed.). Princeton, N.J.: Princeton Univiversity Press.
Lo-Johansson, I. (1988). *Till en författare*. Stockholm: Bonnier.
Loodin, H. (forthcoming). Living in "Contra Life" – a biographical approach to posttraumatic stress disorder. *xxx, xx*(xx).
Merton, R. K. (1957). The role set. In R. K. Merton & P. Sztompka (Eds.), *On social structure and science*. Chicago: University of Chicago Press.
Mills, C. W. (1967). *The sociological imagination*. London: Oxford U.P.
Mishler, E. G. (1999). *Storylines : craftartists' narratives of identity*. Cambridge, Mass. ; London: Harvard University Press.
Mishler, E. G. (2005). Patient Stories, Narratives of Resistence and the Ethics of Human Care: a la Recherche du Temps Perdu. *Health, 9*(4).
Moen, T. (2006). Reflections on the Narrative REsearch Approach. *International Journal of Qualitative Methods, 5*(4).
Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
Parsons, T. (1964). *The social system*. New York: The Free Press.
Pescosolido, B. A., Boyer, C. A., & Lubell, K. M. (1999). The Social Dtnamics of Responding to Mental Health Problems. Past,

Present, and Future Challenges to Understanding Individuals´ Use of Services. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage.
Schleifer, R., & Vannatta, J. (2006). The Logic of Diagnosis: Pierce, Literary Narrative, and the History of Present Illness. *Journal of Medicine and Philosophy, 31*(4), 363-384.
Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic : a feminist sociology*. Boston: Northeastern University Press.
Smith, D. E. (1999). *Writing the social : critique, theory, and investigations*. Toronto: Univ. of Toronto Press.
Stanley, L. (1992). *The auto/biographical I : the theory and practice of feminist auto/biography*. Manchester: Manchester University Press.
Stone-Mediatore, S. (2003). *Reading across borders: storytelling and knowledges of resistance*. New York ; Basingstoke: Palgrave Macmillan.
Williams, G. (1984). The Genesis of Chronic illness: Narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness, 6*(2).