

Konstruktion av sjukdomsidentiteter

En diskursanalytisk studie om identitetskonstruktion på ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom

Karolina Aarts och Isabella Andersson

Institutionen för pedagogik och didaktik

Examensarbete 15 hp

Pedagogik

Kandidatprogram i mångfaldsstudier (180 hp)

Höstterminen 2018

Handledare: Marianne Teräs

Examinator: Matilda Wiklund

English title: Construction of illness identities:

A discourse analytic study about identity construction in an internet-based support forum for burnout



Stockholms
universitet

Konstruktion av sjukdomsidentiteter

En diskursanalytisk studie om identitetskonstruktion på ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom

Karolina Aarts och Isabella Andersson

Sammanfattning

I denna studie har ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom analyserats i syfte att bidra med ny kunskap om identitetsskapande i interaktion, mellan individer med egen erfarenhet av utmattningssyndrom. Studien har utgått från en diskurspsykologisk inramning och sökt svar på frågeställningarna; I) vilka föreställningar om sjukdomsidentiteter förhandlas fram på ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom? och II) hur konstrueras normalitet inom ramen för de sjukdomsidentiteter som produceras? Analys av medlemskategoriseringar har använts som huvudsakligt analytiskt verktyg vilket syftat till att synliggöra vilka kategorier som gjorts relevanta av forumdeltagarna. Analysen visar fem identitetspositioner vilka uttryckts som att vara: *sjuk*, *utmattad*, *kunnig*, *inte ensam* och *snart bättre*. På forumet görs försäkringskassan till en *utanför*-grupp vilket stärker gemenskapen av sjukdom bland forumdeltagarna. Denna gemenskap legitimerar att dela med sig av egna erfarenheter av utmattningssyndrom och att positionera sig som kunniga gentemot vårdapparaten. Samtidigt synliggör analysen hur forumdeltagarna konstruerar samsyn kring normalitet i utmattningen och vad som anses som normal sjukskrivningsperiod med anledning av utmattningssyndrom. I sin tur möjliggörs också identitetspositionen av att vara på bättringsvägen.

Nyckelord

Identitetskonstruktion; utmattningssyndrom; utbrändhet; kategoriseringsanalys; stödforum; internet

Abstract

Within the framework of discourse psychology this study uses membership categorization analysis with the aim to illustrate identity work in interaction in an online support forum for burnout. Analysis consists of a single forum thread focused on two research questions; I) what conceptions about illness identities are negotiated on an internet based support forum for burnout? And: II) how is normality constructed within the illness identities that are produced on the forum? The analysis lands in five identity positions, on the forum expressed as being: *sick*, *burned out*, *knowledgeable*, *not alone* and *recovering*. By positioning the social insurance agency as an *out*-group the position as sick is emphasized in the forum. In that *in*-group community as sick and burned out the participants can share experiences and position themselves as knowledgeable in contrast to the care system. This also enables the participants to construct consensus about what is considered normal burnout and sick leave due to burnout. This creates the identity position of being on the way to recovery.

Keywords

Identity work; burnout; membership categorization analysis; online support group

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.2 Psykisk ohälsa, utmattningssyndrom och diagnos	1
1.3 Stödforum	2
1.4 Problembakgrund	3
1.5 Syfte och frågeställningar	3
1.6 Begreppsdefinition	4
1.7 Avgränsning	4
2.1 Upplevelser av utmattningssyndrom	5
2.2 Identitetskonstruktion på internetbaserade stödforum	6
3. Teoretisk inramning	9
3.1 Diskurspsykologi	9
3.2 Teoretiska begrepp	9
3.2.1 Identitet	9
3.2.2 Kategorisering	11
3.2.3 Normalitet	11
3.2.4 Positionering	11
4. Metod	12
4.1 Metodologiska utgångspunkter	12
4.2 Analys av medlemskategoriseringar (MCA)	13
4.3 Urval	14
4.4 Material	14
4.5 Bearbetning och analys av data	15
4.6 Etiska överväganden	16
4.7 Kvalitetsvärdering	17
5. Resultat och Analys	18
5.1 Föreställningar om sjukdomsidentiteter	18
5.1.1 Sjuk som paraplybegrepp	18
5.1.2 Utmattad kontra deprimerad	21
5.1.3 "Vi" mot vårdapparaten som "de andra"	23
5.1.4 Identitetsskapande genom kunskapskonstruktion	24
5.1.4 Sammanfattning om sjukdomsidentiteter	26
5.2 Konstruktioner av normalitet	26
5.2.1 Normalitet i återhämtningen	26
5.2.2 Normalitet genom gemensamma erfarenheter	29
5.2.3 Normalitet genom bakomliggande orsaker	31
5.2.4 Sammanfattning konstruktioner av normalitet	32
6. Diskussion	33
6.1 Fem identitetspositioner	33
6.1.1 Jag är: sjuk	33
6.1.2 Jag är: utmattad	34
6.1.3 Jag är: kunnig	35
6.1.4 Jag är: inte ensam	35

6.1.5 Jag är: snart bättre.....	36
6.2 Metoddiskussion	37
6.3 Diskussion om tidigare forskning och teoretiskt ramverk	38
6.4 Slutsatser	39
6.5 Kunskapsbidrag och förslag till vidare forskning	39
Referenslista.....	40

1. Inledning

Sjukdomen är livets nattsida, ett mer betungande medborgarskap. Var och en som är född till världen har ett dubbelt medborgarskap, ett i de friskas kungarrike och ett i de sjukas. Fastän vi alla föredrar att använda det positiva passet blir var och en av oss förr eller senare tvingad, åtminstone under en kortare period, att identifiera oss som medborgare i det där andra landet (Susan Sontag, 1981, s.5).

Citatet ovan är hämtat från Susan Sontags tongivande Sjukdom som metafor (1981) och speglar ett livs tillträden och samhörighet med vissa rum, vare sig de är önskade eller inte. Ett sjukdomstillstånd kan ses som en enskild och separat identitet som skiljer sig från den identitetstillhörighet en individ har vid frånvaro av ohälsa (Johannisson, 2006). För att definiera vad en sjukdom är finns det tre aspekter att beakta: individens egen upplevelse av sitt hälsotillstånd, medicinska undersökningar samt en kulturell aspekt. Kulturens inverkan på sjukdomsdefinition präglas av språk och klassificeringar. Ett namn på ett tillstånd kan spegla samhällsproblem samtidigt som de kan tendera till att bagatellisera upplevda problem då klassificeringarna används allt för vederhäftigt (Svenaesus, 2003; Ohlsson, 2016). För att legitimt avvika från samhället kan sjukdom fungera som en giltig förklaringsmodell, det är inte accepterat att ”känna sig lite trött” eller ”ledsen”, medan begreppet sjukdom blir en social transaktion där individer kan kommunicera en vantrivsel i tillvaron (Johannisson, 2006). Livsförändringar kan leda till sjukdom- likväl som sjukdom kan leda till livsomvälvande förändringar (Brattberg 2008). Sjukdom är något som i stort sett alla möter på ett eller annat sätt, medan en folksjukdom definieras vara något som en betydande del av befolkningen drabbas av. Idag finns det sex hälsoproblem som betraktas vara folksjukdomar varav psykisk ohälsa, ofta orsakat av utmattningssyndrom, är ett av dem.

1.2 Psykisk ohälsa, utmattningssyndrom och diagnos

Förändrade villkor för sjukersättning samt en allt mer konkurrenskraftig arbetsmarknad gjorde att antalet långtidssjukskrivningar ökade under slutet av 1990-talet. Ganska snart gjordes kopplingen mellan arbete och ökande sjukskrivningar, det menades att samhällets utveckling i kombination med ökade krav på arbetet resulterade i att människor ”gick in i väggen” och blev sjukskrivna (Thunman, 2011). Samhällets snabba förändringstakt har angetts vara orsak till en desorienterad identitet samt en förlust av densamme, och fenomen som underliga trötthetstillstånd och utmattningssyndrom utgjorde ett ramverk för en medial diskurs (Johannisson, 2006). Diagnostiserandet utvidgas från ångest och depression, till trötthetssyndrom, utmattningsdepression och posttraumatiskt stress-syndrom. Namn på diagnoser avlöser varandra och är kontextuella. Det som idag kallas för utbrändhet bar för ett sekel sedan epitet som neurasteni, fibromyalgi eller hysteri (Johannisson, 2006). Utmattning är idag en av de vanligaste orsakerna bakom arbetsrelaterad sjukfrånvaro (Försäkringskassan, 2017) och det finns skäl att anta att mörkertalet är stort (Quyale, 2017, mars). Förutom att sjukskrivningarna ökar bland personer med psykisk ohälsa är också återhämtningen längre och kunskapen kring effektiva återhämtningsmetoder bristfällig (Försäkringskassan, 2017). Utbrändhet var länge den vedertagna benämningen på det sjukdomstillstånd som idag kallas för utmattning. Utmattningssyndrom är ett samlingsbegrepp för olika fysiska och psykiska besvär orsakade av långvarig stress (Vårdguiden, 2017). Idag är utmattningssyndrom och stress tätt förbundna med psykosociala arbetsrelaterade frågor, men det kan också finnas bakomliggande orsaker, stressorer, som fyller bägaren och där de

arbetsrelaterade problemen får bägaren att rinna över (Brattberg, 2006a; 2006b). Stressorer kan vara känslor av skam och skuld, förlust av något, förändrade relationer, eller erfarenheter av hot och våld (Brattberg, 2008).

För att förklara ett tillstånd av sådant som tidigare varit svårt att uttrycka ger diagnosen sjukdomsbilden ett alibi, såtillvida att de fungerar som ett verkställande dokument som bekräftar att individens upplevelser och känslor är reella och legitima (Ohlsson, 2011; Thompson, 2012). Sjukdomsbilden förklaras i medicinska och vetenskapliga termer genom att sammanställa symptom, biomedicinska provresultat och individuella upplevelser under en gemensam diagnos. Den kan hjälpa individer att verbalisera sina egna upplevelser i det vardagliga livet och i interaktion med andra då det går att finna stöd och förklaringsmodeller i diagnosen (Ohlsson, 2011). De medicinska och institutionella diskurser som omger "legitima sjukdomar" och diagnoser är centrala för individens identitetskonstruktion (Thompson, 2012; Mudry & Strong, 2012). Den vardagliga diskursen påverkar också identitetskonstruktionen i relation till en given diagnos då det kan upplevas både betryggande och ge upphov till oro att möta människor i samma situation (Mazanderani, Locock & Powell, 2011). Diagnosen kan också agera som ett tveeggat svärd som å ena sidan kan möjliggöra legitimerade erfarenheter men som riskerar att generera en sjukdomsidentitet som skymmer andra aspekter av en själv (Ohlsson, 2011). Att få en diagnos innebar för många också en möjlighet att för första gången *förstå* sina erfarenheter vilket har betydelse för vilken identitetskonstruktion som görs möjlig (Ohlsson, 2016).

1.3 Stödforum

Ett sökande av stöd kan liknas vid en önskan om att upprätta kontroll över tillvaron. Då den primära kontrollen över livssituationen rämnar kan det sociala stödet och en känsla av grupptillhörighet kompensera bristen på överblick (Brattberg, 2008). KBT-behandlingar (kognitiv beteendeterapi) i grupp har enligt tidigare forskning visat sig vara en effektiv metod vid utmattningsproblematik (Brattberg, 2006a; 2006b) och det har också visat sig att det kollektiva stödet har spelat en viktig roll då det skänker en känsla av ett sammanhang för individer (Giles, 2006). En vilshenhet i tillvaron kan generera ett behov av att verbalisera sina känslor och upplevelser med människor som genomlevt samma sak då det kan finnas en känsla av att vara misstrodd eller att inte bli förstådd av utomstående. Internetbaserade stödforum ses idag som ett tilltagande populärt alternativ för att söka stöd för psykisk ohälsa (Giles & Newbold, 2013; Thompson, 2012) och forskning om hur effektiva sådana forum är sträcker sig över en rad olika discipliner. I den grad forskningen undersöker internetbaserade stödforum tycks det dock vara endera för fysiska sjukdomar, beroendesjukdomar eller psykisk ohälsa i allmänhet, inte utmattning i synnerhet. Vidare tycks utmattning vara intimt förknippat med föreställningar om individens yrkesidentitet, mål och ambitioner (Thunman, 2011). Det finns därför fog att undersöka internetbaserade forum för utmattningssyndrom, för att se om resultaten har samband med övrig forskning kring psykisk ohälsa och internetbaserade stödform. För denna studie har internet valts som studieplats utifrån två anledningar. Dels för att interaktion via internetbaserade forum möjliggör anonymitet vilket inte är tillgänglig i vardagliga situationer. Anonymiteten förstås som en möjlighet att förhandla allmänt utbredda normer och medlemskategoriseringar och ses därför som en potential i att bredda ramarna inom vilken identitetskonstruktionen äger rum. Dessutom är det också möjligt att synliggöra en vardaglig diskurs mellan människor som från olika platser, geografiskt och i livet, möts på ett internetbaserat forum för att mötas och söka stöd hos varandra.

1.4 Problembakgrund

Mycket forskning har tidigare gjorts om utmattning som fenomen (jfr Arman, Hammarqvist & Rehnsfeldt, 2010; Ekstedt & Fagerberg, 2005; Eriksson, Starrin & Janson, 2008; Thunman, 2011), likväl på stödforum och stödgruppers funktion för individers välbefinnande (t.ex. Brattberg, 2006a; 2006b; Jonas, Leuschner & Tossman, 2017; Mazzoni & Cicognani, 2013). Dock gapar forskningsbeståndet tomt gällande identitetsskapande på internetbaserade stödgrupper för utmattningssyndrom, varpå denna studie fyller ett aktuellt tomrum. Allt från socialt interagerande, utbyte av erfarenheter till upplevelser av att möta människor som erfar samma problem som en själv sker idag i allt större utsträckning på internet, varför det kan argumenteras för att det finns pågående identitetsprocesser kopplade till dessa fenomen. Det finns också forskningsstöd som betonar att föreställningen om *normalitet* ges betydande utrymme i identitetsskapande processer (jfr Giles & Newbold, 2013; Thompson, 2012). "Normal" utgör navet som kontrasterar och möjliggör andra identitetspositioner, som exempelvis deprimerad eller sjuk. Samtidigt understryks kollektiva förhandlingar om "normalt i det onormala" vilket påverkar hur identitetspositioner som exempelvis sjuk kan förstås.

Forskning som berört utmattningens bakomliggande orsaker har konstaterat riskfaktorer gällande förändrade förutsättningar att utföra sitt arbete i relation till vad man själv önskar, eller att individens villkor för att förverkliga sig själv står i konflikt med ökade krav och arbetsbelastningar. Det har resulterat i bristande självkänsla och ökad hälsoproblematik vilket slutligen lett till att man har "gått in i väggen" (Arman et al., 2010; Ekstedt & Fagerberg, 2005; Eriksson et al., 2008). I kontrast till denna samstämmighet finns det forskning som menar att det är av vikt att anamma ett mer holistisk perspektiv på fenomenet utmattningssyndrom då grunden kan utgöras av händelser i det förflutna och där arbetets påfrestning blir den utlösande faktorn (Brattberg, 2006a, 2006b, 2008).

Konsekvenserna av misslyckat självförverkligande på arbetsplatsen har visat sig vara tätt förbundna med individens självuppfattning och en desorienterad identitet, varpå utbytande av erfarenheter med andra som upplevt liknande fenomen har varit centralt för återhämtningen från utmattningen (Thunman, 2011). Återhämtningen kan liknas vid en process där identiteten tvingas till en rekonstruktion i ett samförstånd och interagerande med andra drabbade. Forskning som fokuserat på identitetskonstruktioner i relation till andra aspekter än just utmattningssyndrom har funnit att den kollektiva gemenskapen är av vikt vid legitimitet av en viss hälsoproblematik (Giles & Newbold, 2013; Johansson, 2011; Mudry & Strong, 2013). Kollektivets relevans återfinns i både stödgrupper online för bland annat personer med ätstörningsproblematik, spelberoende, psykisk ohälsa i vid mening samt i anhörigforum. Det finns därför skäl att studera kollektivets påverkan på identitetsskapande processer i samband med utmattningssyndrom, genom att fokusera på interaktionen mellan utmattade personer i ett avgränsat sammanhang.

1.5 Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie är att bidra med ny kunskap om identitetsskapande i interaktion, på identitetsskapande i ett internetbaserat stödforum, mellan individer med egen erfarenhet av utmattningssyndrom. Denna kunskap söks med hjälp av frågeställningarna:

- Vilka föreställningar om sjukdomsidentiteter förhandlas fram i ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom?
- Hur konstrueras normalitet inom ramen för de sjukdomsidentiteter som produceras på ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom?

1.6 Begreppsdefinition

I denna studie används begreppet *utmattad* över begreppet *utbränd*. Idag används utmattningssyndrom som den officiella termen på symtom orsakade av långvarig stress, medan det förut var mer vanligt förekommande med benämningen utbränd, samt att den officiella engelska termen är *burnout* (Vårdguiden, 2017). I det analyserade materialet använder sig individerna växlande av utbränd, utmattad och utmattningsdepression varför samtliga begrepp används i analysen av det empiriska materialet. Det är också bundet till att diagnoser och tillstånd får olika betydelser i olika tider, en diagnos tenderar att byta benämning när den anses vara urlakad, medan den fortfarande kan leva kvar i dagligt tal (Gustavsson, 2008). När *stödforum* skrivs avses det internetbaserade forum som ligger till grund för analysen. Tidigare forskning har påvisat att stödforum kan röra sig om fysiska möten i grupp såväl som professionella online-plattformar med vårdkontakt där individer kan söka stöd (Brattberg, 2006a, 2006b, 2008). I denna studie åsyftas stödforum ett internetbaserat stödforum upprättat av en enskild individ där denne söker lekmannamässigt stöd av personer med liknande erfarenheter. *Normalitet* är ett begrepp som är centralt i studien och symboliseras av avsaknad av sjukdomssymptom och innebär en kapacitet att leva, som deltagarna på forumet menar, "som vanligt". *Identitetskonstruktion* och *identitetsskapande* är också två förekommande begrepp som används synonymt med varandra i den mening att konstruktioner också förstås som skapade och skapande.

1.7 Avgränsning

I denna studie har framför allt tre avgränsningar gjorts:

1. Studien utgår enbart från de utmattades och mer specifikt, de individer som sökt stöd i ett internetbaserat forum för utmattningssyndrom. Detta innebär att perspektivet från utmattade individer som inte sökt sig till dessa forum, eller som sökt sig dit, men av olika anledningar inte längre är med, uteblir.
2. Studien utgår också från en svensk kontext, i ett forum där deltagarna kommunicerar på svenska, vilket innebär att perspektivet från svenskar som inte kan, eller är bekväma med, att kommunicera på svenska inte kommer med.
3. Studien utgår från individer som på forumet är anonyma, för forskarna och för varandra. Det innebär att studien inte kan ha en intersektionell ansats då det inte går att identifiera eller värdera vilken betydelse olika identitetsmarkörer har för identitetsskapandet.

Denna studie lyfter frågor om hur villkor för hur normalitet och avvikelse formas och i sin tur vilka identitetspositioner som möjliggörs. Mot denna bakgrund tar studien avstamp i ett hälsopedagogiskt perspektiv, där en hälsofrämjande miljö motsvaras av det undersökta stödforumet. En hälsofrämjande miljö kan förklaras som en som ger möjlighet för människor att "öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den" (Olsson, 2009:24). Den hälsofrämjande miljön är tätt kopplad till den pedagogiska lärande miljön där begreppen kan alterneras gentemot varandra: "Hälsofrämjande miljöer är lärande och lärande miljöer är hälsofrämjande" (Olsson, 2009:240). Att rikta blicken mot interaktionen mellan deltagare i ett avgränsat sammanhang kan således förstås som ett sätt att närmare granska hur en hälsofrämjande miljö ser ut och söka djupare insikt i de processer som pågår där.

2. Tidigare forskning

Litteratursökningen har avgränsats genom sökord relevanta för studiens syfte; *identitetskonstruktion, utbrändhet och utmattning, stressrelaterad psykisk ohälsa, internetbaserade stödforum, diskursanalys och analys av medlemskategoriseringar*. I första hand har sökorden använts på engelska. Information har sökts främst i databaserna EDS och ProQuest Social sciences och träffarna begränsats till sakkunniggranskade, vetenskapliga artiklar. Forskare som studerat internetbaserade stödgrupper med, för denna studie, relevanta metoder (t.ex. Giles, 2006; Giles & Newbold, 2013; Kruk, 2015) har funnits genom att söka i referenslistor i relevanta artiklar. Samtliga artiklar som redogörs för har en akademisk struktur med bakgrund, syfte, metodavsnitt, resultat och diskussion. Författarna till artiklarna för också en diskussion kring studiens styrkor och svagheter och artiklarna följer med en referenslista. Litteraturen bedöms därför som vetenskaplig och tillförlitlig.

Sökningar efter studier som berör identitetsskapande i relation till utmattningssyndrom *online* har gjorts utan framgång, varför sökningen breddats till att inkludera studier som studerat identitetsskapande på internetbaserade stödforum i relation till hälsa och ohälsa i en bredare bemärkelse. Detta både för att representera den mångfald som finns inom forskningsfältet och för att dessa artiklar kan bidra med metod- och resultatjämförelser. I forskningsorienteringen diskuteras också studier som berört egna erfarenheter av utmattning, då detta är specifikt relevant för denna studies forskningsämne. Mot denna bakgrund redogörs tidigare forskning för under två separata teman; upplevelser av utmattningssyndrom och identitetskonstruktion på internetbaserade stödforum.

2.1 Upplevelser av utmattningssyndrom

Forskning om utmattningssyndrom kan sägas vara ett brett fält och flera perspektiv finns representerade, från studier som fokuserar psykosocial arbetsmiljö (Thunman, 2011), till de som inriktar sig på olika aspekter i utmattningsprocessen och tiden före utmattningen (Eriksson et al., 2008; Ekstedt & Fagerberg, 2005). Gemensamt för artiklarna är att de fokuserar på de *utmattades egna erfarenheter* genom kvalitativa intervjuer av personer med egen erfarenhet av utmattning och syftar till att ge förklaringar bakom utmattningen. I Thunmans (2011) artikel *sjuk av självförverkligande* kombineras kvalitativa intervjuer av personer med egen erfarenhet av utmattning och textanalys av texter skrivna av de utmattade. Thunman (2011) tolkar materialet utifrån Axel Honneths tankegångar om institutionaliserade förväntningar av självförverkligande och kommer fram till att respondenterna talar om sin utmattning i tre faser; före utmattningen, vändpunkten och efter utmattningen. Respondenterna lyfter en gemensam berättelse om tiden före utmattningen där självkänsla uppnås genom att vara bra på sina arbetsuppgifter och att alltid finnas tillgänglig för sitt arbete. Vändpunkten karaktäriseras av berättelser om tilltagande arbetsbelastning och bristande utrymme att påverka sin arbetssituation som till sist ”rann över” eller ledde till en ohållbar situation. Utmattningsprocessen, menar Thunman (2011), har i flera fall kännetecknats av organisationsförändringar, nedskärningar eller omstruktureringar på arbetsplatsen vilket stått i konflikt med respondenternas önskan om självförverkligande på arbetsplatsen. Detta förklaras som bidragande orsaker bakom respondenternas slutliga ”uppbrott”, eller ”kollaps”. Även Arman et al. (2010) visar genom kvalitativa intervjuer med 18 långtidssjukskrivnas personer på grund av utmattningssyndrom att respondenterna beskrivit sitt arbetsliv i termer av att ”lyckas”, eller få förverkliga sig själv. När omfattande organisatoriska förändringar stått i konflikt med önskan om självförverkligande katalyseras den slutliga ”kollapsen”.

Efter intervjuer med 32 långtidssjukskrivna personer med anledning av stress kommer även Eriksson et al. (2008) fram till att en konflikt mellan egna och arbetsgivarens förväntningar ofta föranleder utmattningen. Inte sällan sker detta i samband med nedskärningar och omorganisationer på arbetsplatsen, vilket förklarar leda till konflikter, försvagade relationer och tilltagande isolering. Liknande fynd finns även i Ekstedt och Fabergergs (2005) studie av personer som sjukskrivits mer än tre månader med anledning av utmattningssyndrom. Författarna beskriver tiden före utmattningen i åtta steg, där ansvarskänsla, altruism och ignorerade fysiska signaler föregår den nådda bristningsgränsen som orsakar sjukskrivningen. Sammantaget lyfter dessa artiklar utmattningens bakomliggande orsaker vilka förklaras som en konflikt mellan å ena sidan självkänsla kopplat till arbetsförmåga och en önskan om självförverkligande på arbetsplatsen och å andra sidan organisationsförändringar som lett till ökade arbetsuppgifter, bristande påverkansutrymme och tilltagande social isolering på arbetsplatsen.

I Brattbergs (2006b) studie av 31 långtidssjukskrivna patienter med anledning av utmattning visar resultaten snarare att uppkomsten bakom utmattningen sällan vilar enbart på arbetssituationen, utan även på tidigare trauman. Resultaten indikerar en risk i att enbart söka bakomliggande faktorer på arbetsplatsen och att de *verkliga* orsakerna kanske därför förbises, varpå återhämtningsinsatserna blir felriktade. Brattberg skriver utifrån mångårig erfarenhet som praktiserande läkare för smärtpatienter där hon erfarit att smärta många gånger verkar bero på andra orsaker än de som vårdinsatsen behandlar och där samma händelse, som benbrott eller utmattning, kan upplevas och beskrivas på olika sätt. Brattberg (2006a; 2006b) understryker därför vikten av att se till människans hela livssituation i sökandet efter utmattningens orsaker och återhämtningsinsatser gentemot densamma.

Ovanstående artiklar visar på vilket sätt fenomenet utmattningssyndrom har berörts och studerats i tidigare forskning. Gemensamt för studierna är att de söker bakomliggande orsaker i utmattningen genom att söka i utmattades egna erfarenheter. Viljan till självförverkligande betonas som en bidragande faktor i utmattningsprocessen men studierna berör inte det komplicerade identitetsarbete som är integrerat i att hantera denna önskan i samband med utmattningen. Att söka bakomliggande orsaker till sin situation kan förstås som ett sätt att skapa sammanhängande identiteter (Mudry & Strong, 2013; Thompson, 2012). Därför kan denna studie ta vid där ovanstående slutar, genom att fokusera just identitetskonstruktion i relation till utmattningssyndrom.

2.2 Identitetskonstruktion på internetbaserade stödforum

Flera andra studier har belyst identitetsskapande i relation till hälsa och ohälsa, dock är forskningen liten gällande denna dynamik i relation till utmattningssyndrom. Däremot kan de fynd som forskningen bidragit med gällande identitetsskapandets process på internetbaserade stödforum i relation till en diagnos, en sjukskrivning eller att hantera en närståendes sjukdom, bidra med intressanta metod- eller resultatjämförelser för denna studie. Framför allt intresserar sig denna studie för den kollektiva aspekten i att samtala med andra i samma situation, och därigenom hur identitetsarbetet sker, i relation till utmattningen på ett internetbaserat stödforum.

Med hjälp av samtalsanalys och analys av medlemskategoriseringar av två forumtrådar på ett internetbaserat stödforum för psykisk ohälsa har Giles och Newbold (2013) kommit fram till att formulerandet av en gemensam sjukdomsförståelse är viktiga faktorer i identitetskonstruktionen i relation till en viss diagnos. Författarna menar att forumdeltagarna använder sig av egen erfarenhet för att förhandla om innebörden i en viss sjukdom och kan på så vis forma gemensamma förståelser.

Samtidigt, menar författarna, formas också normer för uppträdande såväl på stödforumet, som i enlighet med sjukdomen. Agerandet i enlighet med dessa normer är sedan avgörande för huruvida en forumdeltagande kan betraktas som en "legitim" medlem och därigenom erbjudas stöd av andra medlemmar. Detta framkom även en studie av Giles från 2006 där han undersöker hur ett internetbaserat stödforum för ätstörningar, ett så kallat "pro-Ana" (anorexi)- forum, används för att konstruera identitet i relation till diskursen om ätstörningar. Giles (2006) fokuserar delvis identiteten som ätstörd, men även konstruktionen av andra identiteter som står utanför det egna communityt, som "nykomlingar" eller "fiender". Den svenska översättningen av engelskans community är gemenskap, eller samfund. I denna kontext avser community en avgränsad grupp likasinnade individer, där utbyte av meningar och erfarenheter också bidrar att stärka känslan av grupptillhörighet. Konstruktionen av utomstående agerar sedan för att stärka känslan av innanförskap (eg. "jag är inte "normal", därför är jag med i gemenskapen").

Giles (2006) använder diskursteori som teoretisk inramning och utgår från analys av medlemskategoriseringar som huvudsaklig analysmetod, där han i första hand fokuserar på hur deltagarna genom kategoribenämningar konstruerar innanförskap och utanförskap. Framträdande på de analyserade forumen är en omfattande diskussion mellan "Ana" och "Mia", vilken refererar till distinktionen mellan anorexi och bulimi. Att konstruera sig själv som "Ana" sker i relation till "Mia" där den senare beskrivs och refereras till som "misslyckade Anas". Förståelsen av vad det innebär att vara "Ana" byggs därför kollektivt upp genom förståelser av vad det innebär att vara *någoting annat*, som "Mia". Att definiera "utanförgrupper" fungerar därigenom som ett sätt att formulera och skydda det egna communityt. Vidare har McNamara och Parsons (2016) genom tematiskt guidad analys av ett stödforum för ätstörningar kommit fram till att en känsla av innanförskap i ett visst community, grundat på utanförskap från en annan (att vara "ätstörd" genom att skilja sig från de med "normala" attityder mot mat), kan hindra personer från att söka hjälp och stöd utanför det egna communityt. För att kunna återhämta sig från ätstörningar krävs det därför att "den egna" gruppen gemensamt intar en "återhämtningsidentitet" genom vilken individer kan dela med sig av bemäringsstrategier, stöd och identitetstransformation från "sjuk" till "frisk". Även Johansson (2011) understryker att definierandet av en "utanförgrupp" verkar som en nyckel till konstruktionen av gemenskap och identitet på ett internetbaserat stödforum för självskadare. Johansson (2011) kombinerar analys av diskussionstrådar med intervjuer av forumdeltagare och kommer fram till att framför allt kritiska uppfattningar om psykiatrin verkar stärkande för den egna gruppen, psykiatrin konstrueras som "den andra", vilket stärker identiteten som självskadare.

Sammantaget visar Giles (2006), McNamara och Parsons (2016) och Johansson (2011) hur kollektivet spelar en viktig roll för att konstruera en samsyn på ett visst sjukdomsfenomen och för vilken återhämtning som är möjlig. Denna poäng gör även Armstrong, Koteyko och Powell (2011) som genom tematisk diskursanalys undersökt identitetskonstruktion på ett internetbaserat stödforum för patienter med diabetes. Författarna fokuserar inte individuella narrativ i sig, utan söker snarare hur diskursiva strategier i identitetsarbetet kan ha bidragit till, eller påverkats av, uppkomsten och upprätthållandet av gruppens kollektiva identitet. Denna förhandlas i sin tur fram genom att forumdeltagarna först etablerar sig som legitima källor av information, genom att referera till egna erfarenheter och medicinska auktoriteter och därefter etablerar gemensamma normer för forumet. Inom detta ramverk byggs gemensamma förståelser upp kring hantering av blodsockernivåer, behandling och att leva med sjukdomen.

Också Mudry och Strong (2013) betonar hur kontextspecifika normer konstituerar utrymmet för identitetsförhandling genom analyser av 1791 inlägg på ett forum för spelmissbruk. Syftet med studien är att söka dominerande diskurser som framträder på forumet och inte specifikt

identitetskonstruktion. Författarna lyfter däremot att det diskursiva utrymmet som forumet utgör i sin tur *påverkar* vilken identitetskonstruktion som är möjlig. Bland annat lyfter de kausalitet som en framträdande diskurs på forumet, genom deltagarnas benägenhet att söka bakomliggande orsaker till sitt spelmissbruk. Det framträder också som vanligt att legitimera sitt mående genom att likställa spelmissbruk med andra, inom sjukvården, mer erkända sjukdomar. På så sätt kunde forumdeltagarna legitimera behandling enligt sjukvården beprövade metoder, som medicinering. Att likställa spelmissbruk med andra erkända missbruk framträder också som en diskursiv strategi, för att därigenom kunna använda andra behandlingsmetoder, som tolvstegsprogrammet lånat av anonyma alkoholister. Den medicinska diskursen om vad ”sjuk” innebär framhålls som en tongivande roll i individers identitetskonstruktion, något som även framkommer i en studie av Thompson (2012). Studien använder narrativ teori och analyserar självpresentationer på ett forum för psykisk ohälsa. Thompson (2012) redogör genom sin analys diskursiva strategier av tre sorters ”kunnande” som verktyg för identitetsförhandling i relation till erfarenheter av psykisk ohälsa. Att hävda sin sjukdom, endera genom diagnos eller egna erfarenheter förklaras som ett sätt att legitimera sitt mående och tillhörighet i ett visst community. Diagnosen förklaras agera gränsvakt till en viss identitet, där individer som inte har en diagnos att referera till visar ett större behov av att legitimera sina erfarenheter genom att referera till medicinska auktoriteter, *som om* de egentligen borde ha en viss diagnos. I en andra handling av kunnande är det vanligt att referera till bakomliggande orsaker, som trauman som utlösande faktorer bakom depression, ätstörningar eller självskadebeteenden. Diskursen om kausalitet framkommer här, likt som i studien av Mudry och Strong (2013).

Nämnda artiklar berör identitetsskapandets dynamik och lyfter hur processen inte enbart är en individuell angelägenhet, utan integrerat i såväl ett komplext förhållande med medicinska diskurser som utsatt för en kollektiv förhandling om samsyn. Implicit följer en diskussion om ”normalitet” och ”avvikelse” förankrat i kontextspecifika normer och en vidare samhällelig diskurs. I en artikel av Kruk (2015) fokuseras denna dynamik ytterligare, genom att forska om hur närstående till patienter med Alzheimers hanterar moraliskt kontroversiella aspekter av sig själva, i samråd med andra på ett internetbaserat stödforum. Kruk (2015) utgår från ett narrativt angreppssätt och använder sig av analys av medlemskategoriseringar och fokuserar därigenom vad kategorier och kategoribundna aktiviteter innebär för identitetskonstruktion i relation till att leva nära en person med Alzheimers. Studien kretsar kring ”standardiserade relationer”, ett begrepp inom analys av medlemskategoriseringar där kategorier, som ”mor” till ”dotter” också följer med kategoribundna aktiviteter, som en moralisk skyldighet att älska och vårda. Genom att fokusera dissonansen mellan egna erfarenheter och standardiserade relationer belyser författaren hur forumdeltagarna gemensamt förhandlar kontroversiella aspekter i sin personlighet, som att inte vilja vårda sin sjuka förälder. Genom detta sker också en förhandling om ”normalitet” på forumet, där nya identitetspositioner blir möjliga.

Denna studies diskursanalytiska ansats aktualiserar ett intresse för interaktionen mellan forumdeltagarna på det valda stödforumet. Därför är nämnda studier relevanta då de betonat just kollektiva processer på internetbaserade stödforum. Denna studie intresserar sig, likt McNamara och Parsons (2016) och Thompson (2012) för identitetsskapande i relation till hälsa och ohälsa, men i en annan kontext. I linje med Giles och Newbolds (2013) metodansats ämnar denna studie belysa identitetsskapande med hjälp av analys av medlemskategoriseringar, varför deras studie kan verka som inspiration för hur analysmetoden kan agera i den valda kontexten. Att det råder brist på forskning som fokuserat på samspelet mellan identitetsskapande i relation till utmattningssyndrom innebär en möjlighet för denna studie att komplettera forskningsbilden.

3. Teoretisk inramning

Kapitlet går igenom studiens teoretiska inramning, diskurspsykologi, och de teoretiska begrepp som vägleder analysen; identitet, kategorisering, normalitet och positionering. Kapitlet inleder med att redogöra för diskurspsykologi som teori och följer med en redogörelse för vilken förståelse av identitetsbegreppet som görs möjlig genom detta. Avslutningsvis beskrivs kortfattat hur begreppen kategorisering, normalitet och positionering förstås och används i analysen.

3.1 Diskurspsykologi

En teoretisk utgångspunkt för denna studie är att mänsklig interaktion är kunskapsproducerande, snarare än att kunskap existerar *a priori*. Av det följer ett särskilt intresse för att granska *hur* interaktionen ser ut och hur en gemensam förståelse kring ett visst fenomen förhandlas fram i sitt sammanhang, varför denna studie genomsyras av diskursanalytisk ansats. Även om olika diskursanalytiska traditioner framhåller olika förståelser av ”diskurs”, kan det övergripande förklaras som ett gemensamt och bestämt sätt att prata om, och begripa ett visst fenomen (Bolander & Fejes, 2015; Börjesson & Palmblad, 2007; Mills, 2004). Denna studie använder diskurspsykologi som sitt diskursanalytiska angreppssätt, en tradition av diskursanalys som har utvecklats av framför allt av Potter och Wetherell (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Diskurspsykologin är främst intresserad av vardagsdiskurserna men medger samtidigt förekomsten av de större, strukturella diskurserna den individuella förståelsen finns inbyggd i. I denna studie används diskurspsykologi snarare som teoretisk inramning än som huvudsakligt metodologiskt angreppssätt. Istället ansluter sig studien till etnometodologiskt inspirerade metoder som, likt diskurspsykologin, ägnar sig åt ”diskursanalys” snarare än ”analys av diskurser” (Winther Jørgensen & Phillips, 2000, s.112). Här fokuseras hur diskurser används i social interaktion och därigenom hur gemensamma förståelser konstrueras. Med studiens fot i diskurspsykologin följer ett antal grundantaganden om diskursbegreppet; diskurser förstås som produkter av social interaktion, samt styrande av den samma, diskurser uttrycker *aktiviteter* snarare än *representationer* av verkligheten och diskurser är situerade i vardagliga praktiker (Benwell & Stotoke, 2006; Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Den kontext som fokuseras i studien, ett internetbaserat stödforum, utgör sammanhanget där närmare insikt söks i vilken de gemensamma förståelserna är, och hur de uppnås. Det står inte i motsättning till att det också finns en bredare diskurs som forumdeltagarna förhåller sig till i den kontextspecifika interaktionen.

3.2 Teoretiska begrepp

3.2.1 Identitet

Identitet har länge beskrivits som ett personligt projekt, med uttryck som att ”bli en bättre människa” eller att ”vara sitt bästa jag” (Benwell & Stokoe, 2006). Denna föreställning vilar på en lång tradition av att beskriva identiteter som att bygga på en inre kärna, där identitet uttrycker någonting ”inom” personen, ett fast innehåll som ger upphov till en viss uppsättning karaktärsdrag (Burr, 2004). Trots att identitetsbegreppet är väl omtalat och studerat, finns en rad olika tolkningar om hur identitetsbegreppet ska förstås (Westin, 2003). Beroende på ur vilket perspektiv fenomenet studeras följer olika innebörder som huruvida identitet kan uppfattas som en stabil entitet, som flytande och

kontextuella eller som påverkade av sitt sammanhang fast uttryckt som stabila enheter (Gustavsson, Nyberg & Westin, 2016).

Diskurspsykologin har sina rötter inom socialkonstruktivismen (Winther Jørgensen & Phillips, 2000), inom vilket identiteter förstås som flytande, påverkade av det kontextuella sammanhanget och föremål för förhandlingar (Benwell & Stotoke, 2006; Burr, 2004; Winther Jørgensen & Philip Winther Jørgensen & Phillips, 2000s, 2000). Ett etnometodologiskt perspektiv framhåller att olika identitetsförståelser förhandlas fram i interaktion med andra. Det är genom vad som framkommer i interaktionen och vad deltagarna i denna *själva* framhåller som relevant, som är viktigt att studera, identitet är någonting som *görs*, inte någonting en *är* (Widdicombe, 1998). Utifrån den förståelsen är det inte intressant att söka någon bredare ontologisk kunskap om identiteter eller existenser (Benwell & Stokoe, 2006). Istället förstås identiteter som *producerade i interaktion*, genom det kategoribundna innehåll de fylls med (Antaki & Widdicombe, 1998). Detta följer med en empirinära analys *in situ* som betonar kontextens innebörd för olika diskursiva förståelser (Benwell & Stotoke, 2006). Inom etnometodologin framhålls särskilt det sociala och kollektiva görandet av olika identitetsuppfattningar. Hur olika kategorier omnämns och vilka kategoribundna aktiviteter som följer med dem, skapar förutsättningar för hur olika identitetspositioner i olika sammanhang förstås. Att vara mor i ett sammanhang följer med andra föreställningar än att vara polis i ett annat, även om samma person kan vara både mor och polis. Medlemskategorier och medföljande föreställningar förstås som gemensamma förståelser som är verksamma inom diskursen (Antaki & Widdicombe, 1998; Benwell & Stotoke, 2006). Winther Jørgensen och Philips (2000) poängterar att ur ett diskurspsykologiskt perspektiv uppfattas identiteter ta olika uttryck beroende på det diskursiva utrymmet och de förstås som fragmenterade eller ”utspridda” snarare än stabila entiteter i ett kontinuum. Mot den bakgrunden kan identitetsbegreppet förstås utifrån en antiessentialistisk hållning, vilket dock inte innebär att subjektet inte *upplever* en stabil identitet. Istället bör denna upplevelse analyseras som ett *uttryck* för stabilitet, baserat på den diskurs som formar den. Författarna refererar till Hall (1996) som talar om att subjektet skapar en förståelse av sig själv genom att *tillsluta sig* till en version av sig själv framför andra versioner. När en polis som också är en mor på föräldramötet presenterar sig som ”barnets mamma” kan det tolkas som att *tillsluta sig* till, eller *positionera sig* till den versionen av hen själv. Personen upphör inte att vara polis, men det är inte den identitetspositionen som görs relevant på föräldramötet. Tillslutningarna förstås som tillfälliga vilket också möjliggör konstruktionen av kollektiva identiteter vilket öppnar upp för upplevelser av tillhörighet med andra i samma grupp.

Med avseende på kontexten för denna studie är det också relevant att göra några poänger om vad som kan kallas ”virtuella identiteter”. Begreppet syftar till den transformation som sker när personer ”är någon” på internet, där ”virtuell” står i motsats till ”verklig” (Benwell & Stokoe, 2006). Förstås, ett diskurspsykologiskt och etnometodologiskt grepp om identiteter skulle kunna föreslå att även de identitetspositioner vi uppfattar i det ”verkliga” livet kan tas för virtuella, då identiteter produceras i sitt sammanhang. I sådana fall är det inte en fråga om att en förflyttning av personen till cyberrymden skulle innebära en förvandling av ”äkthet i varat”, utan snarare en akt i att ändra kontexten. Den självupplevda identiteten är då högst lika ”verklig” *online* som *offline*. Benwell och Stokoe (2006) poängterar att internet genererar flexibilitet i hur identiteter kan formas *online*, genom möjligheten till anonymitet, avsaknaden av icke-verbala sociala koder som annars finns inbäddade i möten ansikte mot ansikte och att inte begränsas av tid och rum. Med dessa friheter borde virtuella identiteter, i en *online*-miljö snarare *betona* och *förhöja* instabiliteten i identitetsbegreppet och göra dem mer performativa. Det som är relevant att fundera över är då snarare huruvida de förändrade omständigheterna som omsluter en virtuell närvaro, i grunden ändrar villkoren för hur identitetsskapandet kan göras, och hur identiteter bör förstås. Om kontexten, i detta fall det

analyserade forumet eller, *online*-miljön, framgår som relevant i sammanhanget, genererar det också ett analytiskt värde för studien. Identiteter förstås ändå som performativa och konstruerade, oavsett "virtuella" eller "verkliga".

3.2.2 Kategorisering

Med sina rötter inom socialkonstruktivismen följer ett antal grundpremiser för hur kategoriseringar och kategoriseringsarbete kan förstås. Kategorier kan beskrivas som människans sätt att begripliggöra världen, genom att dela in den i olika genrer, eller grupper (Burr, 2004). Indelningen svarar inte mot någon inneboende, eller essentiell skillnad mellan kategorierna utan är ett resultat av hur världen observeras, skapas och återskapas i det sociala livet. Med andra ord, världen så som människor förstår den, är ett resultat av hur den är *konstruerad* i interaktion, varför interaktion i allmänhet och språket i synnerhet är av särskilt intresse för socialkonstruktivismen och en diskurspsykologisk analys (Edwards, 1998; Winther Jørgensen & Philips, 2000). Kategorier ligger i hjärtat av diskursanalysen, att studera dem kan generera djupare insikt i hur sociala förståelser skapas och genom dem en uppfattning om "normalitet" och "avvikelse".

3.2.3 Normalitet

Att diskursbegreppet syftar till ett *bestämt* sätt att tala om, och förstå ett visst fenomen (Winther Jørgensen & Philips, 2000) gör också föreställningen om "normalitet" till en nyckelaktör i hur diskurser formas. Det som i ett sammanhang kodas som "normalt" är det som tas för givet, som passerar utan protester (Forkby, 2007). Det är genom att vissa kategorier framträder som "naturliga" eller, "normala" och andra inte, som upprätthåller föreställningen om "normalitet" och "avvikelse" (Westin, 2003). Det som framträder som "normalt" i ett sammanhang kan också sägas befinna sig i diskursens kärna, varför diskursanalysen syftar till att komma åt de kategorier som människor oreflekterat använder sig av (Forkby, 2007). Konstruktionen av normalitet kan därför sägas bygga på en process av att förflytta förståelser inom ett diskursivt sammanhang - att kategorier från början är konstruerade möjliggör trots allt ett förhandlingsutrymme om dess innebörd.

3.2.4 Positionering

Termen positionering har diskursteoretiska rötter och syftar till hur individer i olika sammanhang, genom att förhålla sig till olika aspekter av sig själva och endera tillsluta sig till, eller ta avstånd från, olika grupper och kategoriföreställningar också diskursivt *producerar sig själva* (Davies & Harré, 1990). Positionering kan ske både interaktivt, där en person genom talet positionerar någon annan (eller en annan grupp), och reflexivt genom att positionera sig själv. Genom uttalanden som "de förstår inte" positioneras en grupp såväl *utanför* en gemenskap (de) som okunniga (förstår inte). Genom att referera till sig själv som exempelvis utmattad kan en person positionera sig själv som inom gemenskapen, eller kategorin, utmattad. På så sätt kan olika diskursiva förhandlingar ske, genom att positionera sig själv i relation till olika kategoriföreställningar (Forkby, 2007). I linje med diskurspsykologins teorier om att individer kan tillsluta sig till olika versioner av sig själv, kan positionering erbjuda en insikt i hur sådana tillslutningar går till, exempelvis genom att belysa hur forumdeltagarna positionerar sig som endera innanför eller utanför en viss gemenskap. Som tillägg till denna studies analysmetod, analys av medlemskategoriseringar, kan positionering bidra med att belysa individuella aspekter i en annars kollektiv aktivitet och kan därför ge en mer nyanserad bild av identitetsskapande i interaktion (Depperman, 2013).

4. Metod

Kapitlet går igenom studiens metodologiska utgångspunkter och analysmetod, *Membership categorization analysis* (MCA). Därefter berörs vilket urval som ligger till grund för studien och vilka etiska överväganden som beaktats inför- och under studiens genomförande. Kapitlet går vidare med att redovisa vilket material som utgör underlag för analysen samt hur analysmetoden använts på detta. Avslutningsvis görs en kvalitetsvärdering av studien.

4.1 Metodologiska utgångspunkter

Studien har en netnografisk ansats, där insamlingen av det empiriska materialet görs från internet. Netnografi kallas den klassiska etnografin när den förflyttat sig till internet, där många vardagliga praktiker idag är integrerade. Netnografi används som en vetenskaplig metod för att undersöka det sociala och kulturella liv som florerar på internet (Berg, 2015).

Hur internet förstås har också konsekvenser för uppfattningen om vilken interaktion som är möjlig genom dess manifestationer, för huruvida den interaktionen skiljer sig från Realtidsinteraktion eller om vi bör tolka sociala varelser genom samma verktyg som i övrig kvalitativ forskning. Kozinets (2015) belyser att en avgränsning kan göras genom att definiera huruvida det studerade communityt bör betraktas som ett *online community* eller ett *community online*. Poängen i att skilja på dessa är huruvida vi bör förstå det studerade fenomenet som förankrat huvudsakligen i den digitala eller fysiska världen. Det senare refererar till ett community som har en fysisk manifestation i den sociala världen, men som också finns *online*, fast då kanske med en annan uppsättning normer och kulturella markörer. En utgångspunkt i denna studie är att det fenomen som studeras (identitetskonstruktion) är integrerat i vardagslivets alla praktiker, att det är ett kontinuerligt görande där internet kan vara ett medel som förändrar villkoren för hur identitetskonstruktionen kan göras, men syftet är inte att studera hur eventuellt villkorande ser ut. Det aktuella forumet behandlas som ett *community online* som potentiellt följer med normer i den digitala manifestationen som skiljer sig från de i den fysiska. Studiens netnografiska grepp innebär en möjlighet att studera identitetsskapandets dynamik, så som den förekommer utan forskarens ingripande (Berg, 2015). Med tanke på att internetbaserade forum är ett allt mer populärt forum för att söka hjälp och stöd bortom traditionella vårdramar (Giles & Newbold, 2013; Mudry & Strong, 2012; Thompson, 2012) anser vi att det finns fog att undersöka hur identitetsskapandet sker i dessa forum, i relation till utmattning. Genom studiens samlade metod kan dock inga påståenden göras om identitetsskapandets dynamik ”i sig”, om den bredare diskursen kring utmattning eller om identitetsskapande hos utmattade personer i *allmänhet*.

Sammantaget har studiens tänkta metod i grunden en etnometodologisk ansats men fokuserar mer specifikt på de kategorier som skapas och återskapas i interaktionen mellan medlemmar i ett internetbaserat stödforum. Genom att fästa blicken vid de kategorier medlemmarna själva använder sig av, och vilken mening de tillskriver till respektive kategori, kan vi komma närmare kunskap om I) vilka föreställningar om sjukdomsidentiteter som förhandlas fram och II) hur normalitet konstrueras inom ramen för dessa. Studien tar avstamp i ett intresse för att få kunskap hur identitetsarbete villkoras och formas, bland deltagare i interaktion på ett nätverksbaserat stödforum. Detta förutsätter att vi studerar forumen på nära håll, för att få fram alla nyanser i interaktionen och genom det

synliggöra vilka mönster som kan framträda ur den. Med andra ord, vi söker kvalitéer i ett visst fenomen, med vilket vi motiverar en kvalitativ forskningdesign (Rennstam & Wästerfors, 2015).

4.2 Analys av medlemskategoriseringar (MCA)

Studiens huvudsakliga analysverktyg är *Membership Categorization analysis*, MCA, i texten översatt till analys av medlemskategoriseringar, vilket har förklarats som en form av diskursanalys (Benwell & Stokoe, 2006; Depperman, 2013; Fitzgerald, 2012; Stokoe, 2012). Diskursanalysen fokuserar särskilt på de kategorier som människor *oreflekterat* använder sig av, de som framstår som självklara och på så sätt fungerar som normaliserande i kategorikonstruktionen (Forkby, 2007). Sammantaget kan ett diskursanalytiskt angreppssätt söka bortom det uppenbara och genom att fokusera på kategoriseringsarbetet ämnar analysen synliggöra hur forumdeltagarna organiserar och begripliggör världen och vad det innebär för identitetsarbete i den aktuella kontexten.

MCA är ursprungligen formulerad av Harvey Sacks och metoden bygger på att finna vilka kategorier forumdeltagarna själva uttrycker samt vilka handlingar (*category bound activity*) och vilka attribut (*category predicate*) de tillskriver respektive kategori (Schegloff, 2007; Stokoe, 2012).

Utgångspunkten är att människor i interaktion är delaktiga i att skapa kategorier de sedan delar in världen i (Nordzell, 2007). Det innebär att forskaren i analysen av materialet söker de kategorier som medlemmarna själva skapar och upprätthåller, både explicit genom att de omnämns, och implicit genom att omnämna de aktiviteter som är knutna till kategorierna. I Sacks beskrivningar av MCA framkommer två ”regler” om kategoriseringar; ekonomiregeln (*economy rule*) och konsistensregeln (*consistency rule*) (Antaki & Widdicombe, 1998; Schegloff, 2007; Stokoe, 2012). Ekonomiregeln refererar till att en enda kategori kan anses utgöra tillräcklig referens till någon, i den mån att den kategorin blir vedertaget accepterad, som ”mor” eller ”dotter”. Konsistensregeln refererar till att två kategorier som används bredvid varandra, som ”mor och dotter” ska förstås som tillhörande samma kategorikollektiv (MCD), som ”familj”. I artikeln *A tutorial on membership categorization* redogör Schegloff (2007) för sin tolkning av Sacks beskrivningar av metoden. Författaren belyser att centralt i teorin är att användningen av kategorier genom att referera till individer eller grupper som endera *innanför* eller *utanför*, genom att kontrastera kategorier eller grupper mot varandra. Mot den bakgrunden är det alltså möjligt att positionera sig som medlem i en grupp, genom avståndstagande från en annan. Också Giles (2016) redogör i sin artikel *Observing real-world groups in the virtual field: The analysis of online discussion* för hur analys av medlemskategoriseringar i en forumtråd kan genomföras, bland annat genom att utforska användandet av ”vi-och dem”-pronomen. Här betonas att språket är individers främsta diskursiva verktyg i konstruktionen av kategorier, genom att placera sig själv endera ”inom” eller ”utanför” en grupp konstrueras kategorier samtidigt som subjektet också positionerar grupptillhörighet.

MCA är nära besläktat med samtalsanalys (Benwell & Stokoe, 2006; Fitzgerald, 2012; Rennstam & Wästerfors, 2015), vilket används för att studera naturligt förekommande konversation, det vill säga sådan som förekommer i interaktion, utan forskarens ingripande (Tholander & Thunqvist Cekaite, 2015; Winther Jørgensen & Philips, 2000). Det går att argumentera för att internetbaserad kommunikation inte är naturlig eftersom att den omringas av helt andra kommunikativa förutsättningar än realtidskommunikation (Giles, 2016). Samtidigt uppmärksammas inom virtuella communitys olika sociala koder och normativa regleringssystem som är verksamma för just det communityt (jfr Armstrong et al., 2011; Giles, 2006; Giles & Newbold, 2013). Ett sätt att pröva huruvida samtal kan betraktas som naturliga eller inte, är att fråga sig om samma information framkommit även om forskaren varit sjuk vid dagen för samtalet (Potter, 2011). I denna studie har

informationen samlats in retroaktivt, efter att samtalet ägt rum och frågan är därför enbart retorisk. Den interaktion som förekommer i ett internetbaserat community kan mot den bakgrunden förklaras som naturlig för sin kontext, varför passiv observation valts för denna studie.

En samtalsanalytisk utgångspunkt är att språket är att människor, genom språket, är med att skapa världen som de beskriver (Tholander & Thunqvist Cekaite, 2015). Ett intresse för språkets performativa handlingar och dess roll i interaktion mellan människor håller samtalsanalys och MCA gemensamt. För samtalsanalysen har ordningsföljd och kontexten stor betydelse för innebörden i en utsaga (Bryman, 2011). Av det följer att det transkriberade materialet skall sträva efter att vara så detaljrikt som möjligt, för att fånga alla nyanser av konversationen, även icke-verbala samtalsmarkörer (Bryman, 2011; Tholander & Thunqvist Cekaite, 2015). Samtalsanalys kan därför sägas lämpa sig bäst för talad konversation, eller sådan interaktion som sker ansikte mot ansikte. Vid internetbaserad kommunikation finns det helt enkelt för många nyanser som riskerar att falla bort. Det är omöjligt att se om och var avsändaren av ett inlägg tvekar, pausar eller omformulerar sig, varför analys av medlemskategoriseringar i diskurspsykologisk inramning är de analytiska verktyg som motiveras som bäst för det valda materialet. Samtidigt är denna studies metodologiska utgångspunkter nära förbundna med dess teoretiska inramning. Diskurspsykologi, som framgår av Winther Jørgensen & Philips (2000), framhålls som både teori och metod, vilket med rätta väcker frågeställningen; varför använda sig av MCA som huvudsakligt analysverktyg, snarare än diskurspsykologi? Mot bakgrund av studiens syfte och frågeställningar är interaktionen på internetforumet särskilt relevant att fokusera. Med förståelsen av kategoriseringsarbete som en sorts normaliseringspraktik och diskursiv praktik, kan MCA agera som ett sätt att skärpa linsen för att fånga hur denna process i praktiken också görs.

4.3 Urval

I denna studie är analysenheten en internetbaserad forumtråd om utmattningssyndrom. Det är publicerade inlägg på forumet som utgör grunden för datainsamlingen, varpå urvalet grundar sig i val av forumtråd, snarare än val av respondenter. Studien fokuserar på interaktionen mellan deltagare, utan forskarens ingripande. I ett avseende placerar detta forumdeltagarna i ett privat rum, vilket ur en forskningsetisk aspekt kräver deras informerade samtycke. Därför har forum som är tillräckligt öppna för att kunna betraktas som offentliga rum varit aktuella för denna studie. Här har ett antal faktorer vägts in, vilka redogörs för under rubriken ”etiska överväganden”. Vidare har studien utgått ifrån ett forum med anonyma användare, delvis för att skydda deltagarnas identitet. Den utgår också från ett medlemsstyrt forum, det vill säga att det i första hand är medlemmarna som styr innehållet och formerna för kommunikation. Därför har forumutbudet sonderats genom att utesluta ”medicinskt styrda” forum, där sjukvårdspersonal eller andra ”expertutlåtanden” modererar forumen. Utifrån dessa aspekter ligger ett målstyrt urval till grund för denna studie (Bryman, 2011). Mot bakgrund av detta urval ämnar denna studie inte säga någonting om diskurser kring utmattning i allmänhet eller om vad personer med erfarenheter om utmattning *upplever* och *känner*. Det är dock heller inte avsikten med studien.

4.4 Material

Studien bygger på en analys av en forumtråd, hämtad från en nätverksbaserad plattform för ett större antal forumtrådar. Dessa berör en rad olika ämnen, från ofrivillig barnlöshet till husmorstips och utmattningssyndrom. När vi i fortsättningen refererar till *forum* är det forumtråden som menas, det

vill säga, ett specifikt ämne introducerat av en trådstartare (TS), följt av ett antal svar. Forumtrådens titel benämner specifikt ”stödgrupp” varför tråden i denna studie betraktas som ett stödforum. *Forumdeltagare* refererar till de personer som kommenterar i den aktuella forumtråden, oavsett kommentarsfrekvens. En del deltagare är mer aktiva, som trådstartaren, andra är mer passiva och har enbart kommenterat en gång. Forumet betraktas i denna studie som aktivt mellan perioden från första - sista inlägget, 5 januari 2017 - 23 februari 2018. Studien bygger på analys av samtliga inlägg, 110 stycken, totalt 22080 ord.

För forskning som fokuserar vardagsnära diskurser och kategoriseringsarbete är samtalskontexten viktig (Nordzell, 2007), varför i huvudsak utdrag ur empirin där forumdeltagarna är ingående i en diskussion med varandra används i analysen. Detta märks ut av hur forumdeltagarna använt sig av en citatfunktion på forumet, där det tydligt framgår om ett inlägg skrivs som svar till ett befintligt på forumet. I vissa fall har även enskilda citat valts ut, då de anses kunna exemplifiera en allmän ton, eller vanlig hållning på forumet, men även i dessa fall deltar forumdeltagaren i diskussion som svarar till forumtrådens huvudsakliga ämne (utmattningssyndrom), vilket visas endera genom citatfunktionen, i referenser till andra deltagare via alias, eller genom att referera till någonting som sagts i tråden.

4.5 Bearbetning och analys av data

De steg som föreslås av Stokoe (2012) och Baker (2000; 2004, refererad i Giles, 2006) har agerat inspiration för bearbetning och analys av det empiriska materialet i denna studie. Ytterligare inspiration har hämtats från Giles (2016) artikel *observing real-world groups in the virtual field: The analysis of online discussion* där han bidrar med exempel på MCA för analys av internetbaserade forumtrådar. I artikeln går det att läsa hur Giles (2016) följt Stokoes (2012) analyssteg men med något friare hållning. Studien utgår därför inte utgått från något ”färdigt recept” utan i första hand utgör det empiriska materialet gränserna för hur analysen genomförts. Med det sagt illustreras nedan hur analysarbetet har gått till, vilket också tydliggörs under nästa kapitel.

Som första steg inleddes arbetet med *insamling av empirisk data*. Att placera detta steg under bearbetning av data betonar hur även insamlingen kan betraktas som en form av bearbetning. Redan innan forumet valdes fanns kategorier om ”sjukdomsidentitet” i åtanke. Av detta följer att insamlingen inte sker helt randomiserat, utan snarare strategiskt och medvetet. Inför steg två bekantade vi oss med materialet genom att läsa det upprepade gånger. Steg två, som presenterat av Stokoe (2012), och Baker (2004, refererad i Giles, 2006) syftade till att *identifiera centrala kategorier* i det empiriska materialet. Här eftersöktes kategorier som forumdeltagarna själva omnämnde, både explicit genom ordval som ”chef” och ”försäkringskassan”, och implicit genom de kategoribundna aktiviteter som associerades med en kategori, som att ”hota att inte förlänga sjukskrivningen”. Således tillskrevs exempelvis ”oförstående” och ”inkompetent” till kategorin ”läkare”, där det i sammanhanget framträdde som egenskaper forumdeltagarna förknippade med ”läkare”. Som tredje steg söktes *relationer mellan kategorierna*. En central aspekt i detta steg var att markera kategorier som endera ”innanför” eller ”utanför” en grupp. Som fjärde steg analyserades *handlingsorienteringen i kategoriseringsarbetet*. Detta steg tydliggör metodens diskurspsykologiska rötter, där språket anses vara maktbärande i den meningen att kategorier länkas samman med handlingar *performativt* (Antaki & Widdicombe, 1998; Benwell & Stotoke, 2006; Stokoe, 2012). Utgångspunkten är att text och tal är *handlingsorienterade*, det vill används som resurser för att också mobilisera handling (Stokoe, 2012; Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Centralt för analysen är därför hur deltagarna organiserar samtalet och genom det *gör* handlingar relevanta för en viss

kategori och sammankopplar kategorier med varandra under kategorikollektiv (MCD). Syftet med fjärde steget i MCA är därför att lokalisera hur medlemmarna själva *gör* kategorier, explicit och implicit, som i sammanhanget tas för givna. Som sista steg i analysen används den struktur som byggs fram i steg 1-4 för att i det empiriska materialet lokalisera *vilka kategorier som konstrueras* och hur de tas emot, eller motstås, av deltagarna i sammanhanget. Med denna struktur kunde det avgöras hur forumdeltagarna förhandlade fram kontextspecifika normer kring hur aktörer “bör” och “ska” handla och därigenom vilka identitetspositioner som blir möjliga i relation till det.

4.6 Etiska överväganden

Inom humaniora och samhällsvetenskaplig forskning är det framför allt fyra grundläggande etiska aspekter att förhålla sig till; samtyckeskrevet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Bryman, 2011). I forskning som bedrivs på internet diskuteras särskilt samtyckeskrevet och informationskravet (Ahrne & Svensson, 2015; Eysenbach & Till, 2001). För att kunna förhålla sig till dessa krav är det viktigt att först reda ut om forum på Internet bör betraktas som privata eller offentliga rum. Skiljelinjen är inte alltid tydlig varpå det krävs en avvägning för att avgöra huruvida informerat samtycke, att informanterna skall veta vad de deltar i, krävs (Bryman, 2011). Eysenbach och Till (2001) poängterar exempelvis att krav om registrering för tillgång till diskussioner på att forumet indikerar en mer privat karaktär och ett större antal medlemmar antyder att forumet är mer “offentligt”. Ahrne och Svensson (2015) lyfter att forskaren också behöver förhålla sig till om aktören *online* bör betraktas annorlunda från aktören *offline*, vilket också påverkar huruvida exempelvis krav om informerat samtycke och informationskravet bör tillämpas. Enligt Markham och Buchanan (2012) är det också viktigt att beakta att ju mer sårbart ett forum, eller innehållet på forumet, är, desto viktigare är det att närma sig fältet med försiktighet. De lyfter vidare att det är viktigt att se till att deltagarna inte kommer till skada, varpå det krävs en övervägning om huruvida användandet av information på forumet kan åsamka skada för ett visst community, eller dess medlemmar.

Det forum som utgör platsen för datainsamling i denna studie har, enligt forumets hemsida, över hundra tusen aktiva medlemmar och ingen registrering krävs för att kunna läsa innehållet på forumet. Mot den bakgrunden betraktas det valda forumet som aktivt med låga inträdeskrav. Informationen vi tagit del av finns tillgänglig för i princip alla med en internetuppkoppling, vilket indikerar att forumet är av offentlig karaktär. Dock kvarstår överväganden kring huruvida deltagarna i detta forum I) betraktar rummet som privat, eller av privat karaktär, samt II) om de kan komma till skada genom att informationen används utanför forumet. Vid oaktsam hantering av information som kan uppfattas som känslig finns det potentiellt en risk i att öppenheten på forumet kompenseras. Alltså, att forumets form förändras om det framkommer att informationen som skrivs där används för forskningssammanhang. Således kan forumets öppna karaktär betraktas som dubbelsidig, å ena sidan gör det forumet tillgängligt för alla människor, även de som kanske är osäkra till att först registrera sig för att söka stöd. Det inkluderar också individer som vill söka passivt stöd, genom att ta del av andras berättelser utan att delge sina egna. Å andra sidan, finns det en risk att den öppna karaktären också gör forumet sårbart, då informationen är tillgänglig även för människor utanför den tilltänkta publiken.

För att beakta kraven om konfidentialitet kommer de uppgifter som på forumet inte redan är anonyma att anonymiseras. Om det förekommer några känsliga uppgifter i inläggen kommer dessa inte inkluderas i resultatredovisningen utan istället används andra illustrerande exempel. Det är dock nödvändigt att redovisa exempel från forumråden, eftersom den utgör grunden för analys- och

slutsatserna i studien. Studien beaktar därför eventuella risker med att läsaren med direkta citat kan finna ursprungskällan genom en enkel internetsökning. De citat som delges i resultat- och analyskapitlet i denna studie är dock lika öppna för allmänheten redan innan spåren eventuellt lagts ut genom empiriredovisningen och övervägandet syftar därför till huruvida forumdeltagarna löper någon eventuell risk genom att läsaren kan ta del av denna studie *och* det material som ligger till grund för den. Eftersom denna studie betraktar *interaktionen* mellan forumdeltagare, snarare än enskilda individers aktivitet, samt att forumet redan finns öppet för allmän beskådan, dras slutsatsen att deltagarna inte löper någon risk genom att forumet kan hittas i och med att citat delas utanför dess öppna plats på internet.

4.7 Kvalitetsvärdering

För att bedöma tillförlitligheten i en kvalitativ studie används ofta begreppen *trovärdighet*, *överförbarhet* och *pålitlighet*. De motsvarar intern validitet, extern validitet och reliabilitet som är gängse kvalitetsbegrepp inom samhällsvetenskaplig forskning, men som brukar anses svara bäst till en kvantitativ forskningdesign (Lincoln & Guba, 1994; Guba & Lincoln, 1994, refererad i Bryman, 2011).

En studies *trovärdighet* bygger på hur forskaren presenterar beskrivningen av den sociala verklighet som undersöks (Bryman, 2011). Målet är att de beskrivningar som ges och de tolkningar som görs ska svara till empirin. Då etnometodologin bjuder in till att det finns sociala verkligheter i plural är det viktigt att den som beskrivs i detta nu framstår som reell och trovärdig. I forskning av naturligt förekommande interaktion kan trovärdigheten säkras genom att se till samtalsordningen i den observerade kontexten (Peräkylä, 2011). Huruvida det som står i inlägget verkligen avses av avsändaren kan tolkas genom hur det tas emot av andra samtalsdeltagare och hur samtalet genom uttalandet tar form. Att vara textnära i sin analys kan därför förstås som ett sätt att stärka trovärdigheten i studien. För att stärka trovärdigheten i denna studie utgår vi därför ifrån en empirinära analys där samtalskontexten får avgöra vilka kategorier som görs relevanta och huruvida de tolkningar som görs har tillräcklig grund.

Överförbarheten avser om resultaten från en studie kan säga någonting om kontexter utanför den studerade (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Bryman, 2011). I denna studie är den studerade kontexten tämligen specifik, om än inte unik. Tidigare forskning har visat på undersökningar gällande andra kontextuella stödforum varpå studien torde vara, efter en tät beskriven process, överförbar till andra kontexter (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Bryman). Den täta beskrivningen fungerar som en brygga till överföringen, med en detaljrik beskrivning har en annan forskare möjlighet att följa processen och genomföra en likadan studie och förväntas få samma resultat (Geertz, 1973, refererad i Bryman, 2011). Den täta beskrivningen resulterar i studiens *pålitlighet* då den bedöms utefter hur detaljrik redogörelse som är lämnad (Guba & Lincoln, 1994, refererad i Bryman, 2011). Pålitligheten påträffas i studiens återgivning av hur problemformuleringen och metodologiska resonemang har uppkommit.

5. Resultat och Analys

Följande kapitel syftar till att besvara de frågeställningar som ligger till grund för studien: I) vilka föreställningar om sjukdomsidentiteter förhandlas fram på ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom och II) hur konstrueras normalitet inom ramen för dessa? I första hand har analysarbetet gått ut på att synliggöra vilka kategorier som görs relevanta av forumdeltagarna, både explicit genom att de omnämns och implicit genom kategoribundna aktiviteter. Det framkommer i analysen att olika sjukdomspositioner fylls med olika innehåll, vilket också vittnar om en förhandling kring vad det innebär att vara utmattad. I första hand omnämns kategorin *sjuk*, vilket i analysen presenteras som ett paraplybegrepp varunder snävare och mer precisa kategorier benämns. Analysens första del syftar till att visa på vilket sätt dessa kategorier görs relevanta och förhandlas fram av forumdeltagarna, där analysens andra del fördjupar sig i hur, inom dessa kategorier, forumdeltagarna formar gemensamma förståelser av normalitet samt vad det innebär att leva med, och återhämta sig från, sjukdom.

De inlägg som redogörs för presenteras under fingerade namn, istället för forumdeltagarnas egenvalda alias. I de fall som inläggen kortats ned visas detta genom tre punkter inom hakparenteser; [...]

5.1 Föreställningar om sjukdomsidentiteter

Med tanke på forumträdens ämne är det inte helt oväntat att *sjuk* görs till en relevant kategori bland forumdeltagarna. *Sjuk* skrivs ut som ett begrepp som står i motsats till att vara vid god hälsa och vigör, både fysiskt och psykiskt. *Sjuk* fylls också med aktiviteter knutna till arbetsförmåga, varvid normpositionen ”frisk och arbetsför” kontrasterar underkategorin *utmattad*. Huruvida *utmattad* bör tolkas som endera fysiskt eller psykiskt utmattad står att finna i en diskussion kring ”rätt” återhämtning, vilket också föder en förhandling om huruvida *utmattad* kan innehålla attributet *deprimerad*, eller om detta bör förstås som en annan, egen kategori. Samtidigt, i denna förhandling, svarar paraplybegreppet *sjuk* för en gemenskap som på forumet stärks av gemensamma erfarenheter av missnöje med sjukvårdens- och försäkringskassans bemötande under sjukskrivningen. Dessa formulerar ett andra paraplybegrepp, *vårdapparaten*. Deltagarna i stödforumet möter olika instanser som de är tvungna att lyssna till eller välja att inte göra det, instanser som de är tvungna att i sitt sjuka tillstånd förhålla sig till, för att få hjälp med sin ohälsa eller helt enkelt klara av att försörja sig. Vårdapparaten utgörs av läkare, företagsläkare, psykolog och försäkringskassan. Genom att interaktivt positionera vårdapparaten *utanför* den egna gemenskapen stärks en ”vi”-identitet, där det går att dela erfarenheter, råd och kunskap.

5.1.1 Sjuk som paraplybegrepp

Forumträdens första inlägg, TS, visar ett antal av de kategoribundna aktiviteter som gör begreppet *sjuk* relevant i sammanhanget och hur, inom ramen för detta, kategorin *utmattad* bör förstås. Här redogörs för forumets första inlägg i sin helhet:

TS: Hej!

Jag är 100% sjukskriven sedan lite mer än ett halvår. Försökte just återigen gå tillbaka till jobbet 25% men efter 5 dagars arbete med oerhört enkla arbetsuppgifter (3,3 timmar två dagar varje vecka nu under julen) blev jag helt apatisk. Låg bara i sängen och kunde inte känna och kunde inte tänka någonting. Det känns så förnedrande att gå på gång vara tvungen att försöka jobba när man innerst

inne vet att det inte går - men man måste för att bevisa för Försäkringskassan/sin läkare att det verkligen inte går. För de tror bara att man har ångest inför att gå till arbetet men att det egentligen kommer gå. Varje gång jag går tillbaka till jobbet oroar jag mig 2-3 veckor innan och sedan tar det 2-3 veckor innan ny sjukskrivning tickar in. Allt som allt går en månad som jag kunde använt för att vila mig och återhämta mig istället. Hur gör ni för att fixa detta mentalt? Det är så oerhört slitsamt för mitt psyke. Jag känner mig helt värdelös - svårt att sova, nedstämd, trött och ångest. När jag vilar och inte jobbar minskar ångesten och nedstämdheten. Så fort jag drar upp stress eller något händer kommer det tillbaka. Jag äter inte medicin av något slag och vill helst inte göra det. Hur gör ni för att hantera den här processen? Jag känner att jag pallar inte längre.

Trådstartaren har en viktig roll i ett internetforum genom att introducera ett ämne som andra behöver förhålla sig till (Giles, 2016). I det givna exemplet följer trådstartarens meddelande ett vanligt mönster i TS på internetbaserade stödforum genom att; I) berätta sin diagnos, II) beskriva sin situation och III) avsluta med en generell förfrågan om hjälp. Trådstartaren refererar inte till en specifik diagnos, men genom att välja namn på forumtråden (där både "utbränd" och "utmattningssyndrom" används) och inleda med att hen är 100 % sjukskriven kan det i sammanhanget tolkas som "sjukskriven med anledning av utbrändhet/utmattning". TS beskriver hur hen trots enkla arbetsuppgifter varit oförmögen att arbeta, med anledning av *apati* och en *oförmåga att tänka och känna*. TS fyller alltså en passiv aktivitet, att *inte* arbeta med kategoribundna aktiviteter – *apati*, *oförmåga att tänka och känna*. Det kan tolkas som att den aktiva aktiviteten *att arbeta* kräver det passivas motsats, varpå TS positionerar sig som arbetsoförmögen genom att ta avstånd från de aktiviteter hen fyller arbetet med. *Sjuk* etableras på så sätt genom motsatsparet, *frisk* vilket i sammanhanget går att läsa som "arbetsför". Att positionera sig inom gemenskapen *sjuk*, genom ett avståndstagande från dess motsatspar *arbetsför* kan förstås som en diskursiv process för att skapa mening i sin situation (Davies & Harré, 1990). TS möjliggör i sitt inlägg en första identitetsposition, *sjuk*. Det kan också förstås utifrån hur arbetsför svarar till den *förväntade* positionen i sammanhanget, den som passerar utan vidare förklaring. Vi kan genom det förstå *arbetsför* som den normposition TS förhåller sig till (Forkby, 2007).

Samtidigt kan det sägas att TS positionerar sig, och andra inom kategorin *utmattad*. Efter att TS beskrivit sin situation i första person går hen vidare med att referera till ett generaliserande pronomen, "man". TS beskriver hur "man" försöker bevisa för "sin" läkare, snarare än hur *hen själv* behöver visa någonting för *sin egen*. Det kan förstås som ett kategoriseringsarbete, utifrån hur TS positionerar sig själv, sina förmodade likar och andra inom olika kategorikollektiv. Genom att referera till en generell hållning, hur "man" behöver bevisa för "sin" läkare, eller försäkringskassan, kan det också förstås som en referens till kategorin *utmattade*. I de frågeställningar TS tar upp går det också att skönja hur TS själv positionerar sig till den kategorin, som "vi" i relation till MCD *vårdapparaten* som "andra". Att TS skriver: "Hur gör ni för att fixa detta mentalt" vittnar om en föreställning om en gemenskap, där andra utmattade upplevt liknande erfarenheter, men hanterat dem annorlunda – genom att "fixa det". Här understryks hur positionering vittnar om en identitetsförhandling, om vilka "vi är", och vad "vi gör" (Deppermann, 2013). Inläggets andra fråga, "Hur gör ni för att hantera den här processen?" kan tolkas som att TS refererar till gemensamma erfarenheter av utmattning, möte med vårdapparaten och i relation till den en konflikt i återhämtningsarbetet. Genom att positionera sig inom en kategori, *utmattad*, och referera till gemensamma erfarenheter där andra utmattade har "fixat det" legitimeras också TS sökande av råd av andra. Att *sjuk* är den kategori som ges betydande utrymme i forumet möjliggör en grund där TS kan inkludera andra, "vi sjuka". På så sätt tillåts ett utrymme för att konstruera kollektiva identiteter vilket möjliggör tillhörighet med andra (Hall, 1996, refererad i Jørgensen & Philips, 2000). Att be om råd inom en definierad gemenskap kan också verka som ett sätt att legitimera sitt medlemskap i den nämnda gruppen (Giles & Newbold, 2013).

TS beskriver också en fysisk och psykisk oförmåga, vilket även återfinns i andras beskrivningar, Eli: ”jag är bara helt fysiskt och psykiskt urladdad hela tiden och får mycket huvudvärk vid minsta ansträngning kroppsligt eller mentalt.”, Lo: ”jag är nära på att nå gränsen för vad mitt psyke och min kropp pallar med, men man kör ju på, sån är jag.”. Det går att urskilja en distinktion mellan kategoribundna aktiviteter anknutna till vad som orsakar det sjuka tillståndet som *oro, jobb, stress, otillräcklighet, lojalitet*, eller som är orsakade av det sjuka tillståndet såsom *apati, inaktivitet, oro, sjukskrivning, läkarbesök, kontakter med försäkringskassan*. Andra deltagare skriver:

Anakin: Jag har mycket stress och oro som, tyvärr, beror på livet än jobb. Oro över min son (som är fullt frisk), oro över att bli sjuk och inte kunna vara en bra mamma eller ännu värre.. Oro över om min sambo är den rätta då min lust för honom är =0. Oro över att lämna honom och bli ensam. Oro över att aldrig må normalt igen.

Robin: Det känns verkligen rent uruselt att känna sig så betydelselös och skräpig som jag gör inför min arbetsgivare nu. Från att ha varit en stark resurs är jag nu bara ett problem. Men, jag ska försöka vända på de där tankarna och inte fastna i dem. Tror egentligen att saker faller på plats till sist och att även jobbiga händelser till slut visar sig ha en mening. Bara så svårt att komma ihåg det när man är mitt i det här och inte kan se något slut. Jag accepterar mer och mer att det kommer ta tid, men den acceptansen kommer med ett pris. Det är ju deppigt att förstå att man inte kan förutsäga när man kommer bli frisk och stark igen.

I ovan exempel synliggörs hur kategoribundna aktiviteter manifesteras genom uttalanden av deltagarna i stödforumet, både som orsakar och som orsakade av utmattningen. En överskridande aktivitet är *oron*. Den går i förstadiet att förstå som en känsla av att något inte står rätt till, och det kanske har pågått ett tag, en omistlig känsla i kroppen om en dysfunktionalitet i komparation till ens självuppfattad normaltillstånd. Inom kategoribundna aktiviteter orsakade av utmattningen symboliserar oron en uppfattning av omkullkastande av vardagen samt en desorientering av sitt jag, och såsom deltagarna är vana att uppfatta sig själva. Det beskrivs en ambition att inte fastna i, oroas av, tankarna av att vara otillräcklig på arbetsplatsen, en känsla av att vara till besvär. Oro är att inte veta vad som ligger framför, i framtiden. Om du ska blir sjuk går oftast inte att sia om, likväl om insikten om när hälsa ska infinna sig igen, varpå oron både kan trigga en sjukdomshändelse som den kan hämma ett tillfrisknande. När Robin säger att hen inte ska försöka fastna i tankarna får det symbolisera en insikt om att hen vet att det kan stjälpå återhämtningsprocessen och göra den värre och längre. Anakin manifesterar oro som en känsla av att något inte är normalt, kanaliserad ut i en generell oro för allt i hens omgivning, som sedan leder till utmattning. Den kategoribundna aktiviteten *oro* genomsyrar individerna i både det bakomliggande förstadiet, mitt i utbrottet, och följs sedan åt under återhämtningsprocessen. Anakin växlar mellan personligt och generaliserande pronomen, blandat ”jag” och ”man” i vilket hen positionerar såväl sig själv som andra utmattade i samma kategori, där oro ges betydande utrymme. I orons mitt befinner sig hela tiden motsatskategorin ”frisk”. När Robin skriver att hen gått från att vara en ”stark resurs” till att bli ”ett problem” tillskrivs resurs-egenskaperna till ”frisk” och ”problem”-positionen till sjukskrivningen. Oavsett vilka aktiviteter som tillskrivs sjukdomstillståndet beskrivs de som en avsaknad av ”frisk” och arbetsförmögen. Det kan beskrivas som att gemenskapen formuleras genom kontrasterande *frisk-position*. Diskurspsykologin lägger betydande vikt vid att fokusera hur och var diskurser konstrueras (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Att etablera en normposition, *frisk* genom kategoribundna aktiviteter knutna till arbete kan verka för ett sätt att upprätthålla föreställningen om vad det innebär att vara *sjuk* och *arbetsförmögen*. Oavsett vad det innebär, mer specifikt att vara *sjuk*, så finner deltagarna gemenskap i att de *inte är friska*.

Att det råder en diskursiv konflikt i vad det innebär att vara sjuk framkommer på forumet, i synnerhet genom huruvida utbrändhet är någonting som bör medicineras.

5.1.2 Utmattad kontra deprimerad

Initialt i tråden, efter trådstartarens inledande inlägg där hen öppnar upp för en diskussion och utbytande av erfarenheter gällande utmattningssyndrom och utbrändhet uppstår en ordväxling rörande huruvida utmattning/utbrändhet är något som bör medicineras. Det sker en förhandling om orsaken till sjukskrivning kan ses som en normativ sjukdom som går att behandla med mediciner. I TS första inlägg beskriver hen hur ”Jag äter inte medicin av något slag och vill helst inte göra det.” utan att vidare utveckla det. Två snabba svar följer som ifrågasätter denna motvillighet till medicinering:

Adel: Men varför vägrar du medicin? hade du vägrat medicin om du hade fått diabetes eller cancer också? Efter all denna tid som sjukskriven och du är så dålig fortfarande så måste du söka andra vägar till att bli bättre som mediciner.

Love: När du inte vill äta medicin så får du väl skylla dig själv! Finns mycket bra mediciner som inte ens är beroendeframkallande.

De två första svaren ifrågasätter ganska hårt trådstartarens beslut att inte medicinera under sjukskrivningen. Adel och Love menar att det går att likställa utbrändhet/utmattning med vilken sjukdom som helst, och att TS har sig själv att skylla bristen på tillfrisknade, då det finns hjälp att få. Melek svarar till en mer förstående hållning då hen själv har haft svårt att förstå vad som pågått inom hen under sjukdomen:

Melek: Det är nog väldigt svårt att komma tillbaka utan medicinering. Var själv utbränd från och till under flera års tid när jag var föräldraledig. Förstod inte vad det var och medicinerade inte. När jag äntligen kom mig till läkare och fick medicin tog det 5-6 veckor så var jag på benen igen och mår bättre än någonsin. Ta emot den hjälp du får, det finns bra mediciner! Den jag har påverkar mig inte som person och är ej beroendeframkallande. Skillnaden på min ork är enorm!

Mio: Oj, vilka hårda ord från er andra. TS du behöver inte ta medicin om du inte vill [...] Det som hjälpt mig: - smörja med magnesiumolja – meditera – yoga - EMDR för att bearbeta trauma - Rosen-behandling (mild massage) - Tillskott som omega-3 och järn. Det jag själv funderar på är om jag eventuellt har en binjureutmattning pga konstant adrenalinpåslag. Men jag har inte gjort något åt det, delvis för att det inte verkar vara en diagnos som är allmänt erkänd.

Meleks svar kan förstås genom att hen var föräldraledig under sin sjukdomstid och därmed inte behövde ställas inför det faktumet att sjukskrivas. I det fallet blir den kategoribundna aktiviteten *sjukskrivning* som faller under kategorin sjuk aktuell, då just att sjukskrivas fungerar som en legitimering av att ens tillstånd också är ett *sjukdomstillstånd*. Mios inlägg svarar till en alternativ hållning där medicin inte behöver vara den enda utvägen. Mio kommer med en uppmaning till TS att hen ska lyssna till sin egen vilja delger metoder som hjälpt Mio i samma situation. Dessutom söker Mio en ytterligare, utom-psykologisk förklaring då hen misstänker att problematiken är sprungen ur en fysisk obalans. Mio representerar två förhållningssätt till fenomenet utbränd/utmattad som sjukdom då hen dels rekommenderar alternativ medicinering, som yoga/meditation eller EMDR (en form av psykoterapi) och dels själv vill söka svaret någon annanstans, som i andra diagnoser. Självdiagnosticering och att positionera andra i relation till en alternativ diagnos är vanligt på internetbaserade stödforum (Giles & Newbold, 2011), och kan förstås som ett sätt att möjliggöra andra identitetspositioner än den diskuterade (Davies & Harré, 1990). Mio skriver hur hen kanske har binjureutmattning och utesluter inte att TS kanske också har samma grundproblematik. Det kan förstås utifrån hur Mio föreslår att TS kan bli hjälpt av de metoder som hjälpt Mio själv, varför diagnosen som föreslås kanske omfattar dem båda. Det kan också tolkas som ett sätt ett uttryck för en diskursiv kamp (Forkby, 2007), som tar sig uttryck i hur utmattningssyndrom bör förstås, och hur det bör behandlas.

Meleks och Mios inlägg visar på generella inställningar i det givna stödforumet på hur deltagarna förhåller sig till medicinering. Det finns de som menar att utbrändhet bör medicineras då det alternativet finns, medan andra förhåller sig mer skeptiska till det. Det ska visa sig också att det pågår en förhandling mellan hur förhållandet mellan utbränd/utmattad och deprimerad ser ut vilket visas när TS senare, i en ordväxling mellan Lo och TS:

Lo: [...] Jag är inte intresserad av mediciner för att bli frisk. Jag är ju inte deprimerad så jag hoppas verkligen det räcker med vila och samtal, eller är jag naiv nu? [...]

TS: Lo, man behöver inte mediciner. Man kan välja själv. Du får bestämma vad som är bäst för dig. En del tycker det är bra andra inte. Alla läkare jag träffar i stort sett föreslår att jag skall ta medicin. Som tur har jag fått stöd från psykolog att inte ta medicin så det har hjälpt mig att få stöd. [...] Det går att leva utan att ta mediciner även med "värre" psykiska besvär än utbrändhet/depression. Men - om jag skulle må riktigt riktigt dåligt - så skulle överväga jag ta medicin. Jag tycker dock att jag klarar mig utan nu. Jag kan må riktigt dåligt några dagar sedan blir det bättre. Kanske skulle jag även klara längre perioder - men jag har små barn så jag kan inte bli liggande apatisk dygnet runt i månader...Då hade jag nog fått medicinera. Tror jag, men jag vet inte säkert. Många beskriver ju i början av utbrändheten och under utbrändhet att de bara ligger ned och känner sig just utmattade - det är **inte** det jag menar att jag skulle ta medicin mot. Utan jag får små slängar då och då av stark ångest och nedstämdhet - redan innan jag blev utbränd - det är de symptomen jag menar. [...]

I Los inlägg gör hen skillnad på utmattning/utbrändhet och depression. Lo bekräftar och positionerar sig inom kategorin sjuk samtidigt som hen tar avstånd ifrån attributet *deprimerad*. När Lo skriver: "jag hoppas verkligen det räcker med vila och samtal" görs också åtskillnad mellan återhämtningsmetoderna för *depression* och *någoting annat* inom paraplybegreppet *sjuk*. I TS svar till detta inlägg belyses ytterligare denna förhandling, där det framgår vilka kategorier som tas emot och motstås i sammanhanget.

TS inleder med att skriva att Lo inte alls behöver ta mediciner om hen inte själv vill. Det är samma uppmaning som TS fick av Mio efter det inledande inlägget. I inledningen av stödgruppen implementerades alltså en attityd som verifierades som godtagbar av TS, "man behöver inte medicinera om man inte vill". Det står i kontrast till det bemötandet som TS fått från läkarkåren, men i linje med psykologstödet. Där går det att se en skiljelinje i vårdapparaten, där en del menar att medicin kan verka positivt medan andra menar att man bör eller kan ta till andra åtgärder, såsom samtal exempelvis. TS gör skillnad på "värre psykiska besvär", vilka skulle kunna tolkas som *depression*, ett handlingsförlamat tillstånd som inte är möjligt med hens livssituation, och utbrändhet/utmattning, men menar att de kan stå i samband med varandra. Hen har själv erfarenhet av ångest och vet hur det känns, men menar att det *inte* är ångest hen skulle kunna tänka sig att medicinera emot, utan "om jag skulle må riktigt riktigt dåligt". Ångest och deprimerad är inte alltid synonymt med varandra vilket TS själv visar då hen drar en gräns mellan de olika tillstånden. Däremot kan det förstås som en förhandling kring huruvida utbrändhet/utmattning bör förstås inkludera attributet deprimerad, eller om deprimerad bör förstås som *någoting annat*, som ett "värre psykiskt besvär". Samtidigt, genom att kontrastera utbrändhet/utmattning med depression så ges, enligt konsistensregeln, kategorierna bäring i sammanhanget. Vi förstår konsistensregeln som att om en kategori ur ett kategorikollektiv (MCD) görs relevant, så ska andra kategorier i samma kollektiv också förstås som relevanta (Antaki & Widdicombe, 1998; Schegloff, 2007; Stokoe, 2012). I detta fall kan både kategorin *utmattad* och *deprimerad* förstås som relevanta i kategorikollektivet ohälsa, där *sjuk* utgör paraplybegrepp.

Det framkommer också, redan i forumets första inlägg, att vårdapparaten placeras *utanför* den nämnda kategorin *utmattad* där TS positionerar sig själv och den gemenskap hen söker råd av. Vårdapparaten som "andra" agerar sedan stärkande för den egna kategoritillhörigheten.

5.1.3 "Vi" mot vårdapparaten som "de andra"

Som visat, genom forumträdens första inlägg, föreslås försäkringskassan och läkarvården (genom kategorin vårdapparaten) som en kategori utanför *sjuk*, där forumdeltagarna inkluderas. TS positionerar vårdapparaten som okunniga inför den utmattades situation, i uttalanden som att "man måste bevisa för försäkringskassan/sin läkare att det verkligen inte går" (att arbeta) "för de tror bara man har ångest inför att gå till arbetet men att det egentligen kommer att gå". TS ger uttryck för att vårdapparaten har andra uppfattningar om möjligheter att återgå till arbete än den utmattade själv, varvid den utmattade positioneras som mer kunnig än sjukvårdsapparaten. Denna hållning får stöd av andra i tråden, som av en ny deltagare, Mika vars svar till TS lyder:

Mika: Tyvärr är FK-systemet mycket stressande, precis som du beskriver det. Jag ville också gärna börja arbetsträna igen på mitt jobb efter 6 månaders sjukskrivning. Dock ville jag bara prova 2x2 timmar i veckan. Så det kan väl mer kallas för arbetsplatsbesök. Min psykolog rådde mig att inget säga till FK om att jag ville arbetsträna eftersom deras datorsystem inte klarar något annat än 2 timmar a 5 dagar i tre månaders tid... Det var tur att jag inte drog in FK i min arbetsträning, för jag blev sämre redan innan jag skulle börja och jag var bara på jobbet en dag och klarade inte att gå tillbaka mer. Låg hemma igen jättedålig [...]

Inlägget följer ett bekant mönster i forumtråden, där Mika bekräftar andras erfarenheter, genom att referera till sina egna. Detta mönster är även vanligt på andra internetbaserade stödforum (Giles & Newbold, 2013). Även Mika positionerar försäkringskassan *utanför* den egna gemenskapen men nu åsyftas mer specifikt "systemet" som mötet med försäkringskassan försätter den utmattade i. Det kan bero på att Mika inte beskriver några direkta möten med det "system" hen refererar till, förutom att ha undvikit det. Kategorin *systemet* kan då åsyfta en förväntan, snarare än en erfarenhet, av försäkringskassans hantering. Snarare än egna upplevelser, utgår Mika från andra utmattades, där FK hantering förväntas skadlig för återhämtningen. Mika skriver att det var ett bra beslut att inte "dra in FK" i sin arbetsträning på grund att hen blev sämre redan innan hen skulle börja, vilket vittnar om en uppfattning om att det "system" som åsyftas inte hjälper i återhämtningen. Försäkringskassan (eller, "systemet") positioneras förutom *utanför* också som ineffektivt. Denna hållning finns i flera inlägg, där vårdapparaten positioneras som okunnig och en instans där egna erfarenheter inte tas på allvar. Andy skriver:

Andy: Jag har varit sjuk i 9 månader nu. Det går upp och ner hela tiden i princip. Symptom kommer och går. Ibland försvinner de, ibland kommer nya. [...] I sjukvården är kunskapen väldigt dålig, och det är svårt att bli tagen på allvar och få rätt hjälp. Till och med överläkare inom psykiatri har begränsade kunskaper. Jag har sökt hjälpt innan smällen och bara fått höra "det är BARA stress". Har blivit uppmanad att jobba emot och utsätta mig för det som är jobbigt. Nu inser jag att allt var varningssignaler.

Personen skriver hur antagna kunskapsauktoriteter, som överläkare, har begränsade kunskaper, vilket positionerar dem som okunniga. Samtidigt skriver Andy hur hen själv "insett" att hens erfarenheter, som av vårdapparaten kodats som stress, varit varningssignaler på någonting annat. Utmattningen tillskrivs i den mening andra orsaker än stress och de råd Andy fått av vårdapparaten förlorar bäring. Snarare impliceras att rådet att "jobba emot" kan haft motsatt effekt - de erfarenheter som av sjukvården tolkats som "bara stress" menar Andy själv varit "varningssignaler", där "jobba emot" haft direkt skadliga konsekvenser. Som svar till detta inlägg skriver TS:

TS: Andy - det går att komma tillbaka. Det tar lång tid men jag är övertygad om att jag skall arbeta igen. Även om jag inte klarar det just nu. Många andra kommer tillbaka - Jag svänger också fram och tillbaka - när jag utsätts för stress så kan jag inte gå ned i varv snabbt, men när jag får ta det lugnt och puttra på i eget tempo så återhämtar jag mig hela tiden och känner mer ork. Problemet för mig är att jag oroar mig så fruktansvärt för avstämningar med läkare och Försäkringskassan att jag

blir så oerhört mycket sämre i ca en månad kring varje ny sjukskrivningsperiod. Dvs. jag återhämtar mig inte då utan stressar bara - vaknar på nätterna osv.

I inlägget håller TS såväl sig själv, Andy, som andra utmattade i samma kategori och hänvisar till att ”många andra kommer tillbaka” i vilket den vägen görs möjlig för hen själv och för Andy. Förutom att erbjuda stöd, vilket inlägget kan förstås som, så föreslås en väg till återhämtning; att ”ta det lugnt och puttra på i eget tempo”. När TS sedan skriver hur hen ”oroar sig” inför avstämningar med vårdapparaten stärks hållningen av hur ”systemet” kan verka ineffektivt för återhämtningen. Det är kravet om att återgå till arbete och att inte få återhämta sig i ”sin takt” som skrivs ut som ”problemet”. En tolkning är att den identifierade andra, vårdapparaten, fråntas positionen att kunna ge legitima råd. Genom att konstruera kunskap inom gemenskapen som etablerats på forumet, etableras en position där *utanför*-gruppen blir problemet. Denna hållning är resultatet av interaktionen på forumet, varför kunskap och social handling kan förklaras agera med varandra (Burr, 2004). I ett annat inlägg, som svar till forumträdens första, skriver Brooklyn:

Brooklyn: Hej! Fin grupp jag snavade in på. Jag vet inte. Jag har mycket funderingar. Jag är sjukskriven 4 veckor och ska sen börja 25%. Blev tillsagd av läkaren att åka på jobbet i veckan och hälsa på. Jag orkar inte. Idag har det varit en riktigt pissig dag dessutom. Hur ska jag orka jobba om jag känner så nu? 1 1/2 vecka kvar. Är det för tidigt att ge jobbet en chans? Ibland tror jag att jag inbillar mig då jag känner mig pigg? [...]

Även här ges uttryck för en meningsskiljaktighet mellan sjukvårdens föreskrifter och den egna förmågan. Brooklyn ger uttryck för osäkerhet inför den egna arbetsförmågan och för den tid hen har kvar på sin sjukskrivning. Vidare ges uttryck för en föreställning om vad utmattningen ”ska” innebära, eller snarare, att den inte bör medföra att känna sig pigg, då Brooklyn skriver att hen ibland ”inbillar sig” som följd av det. Som svar till detta skriver TS:

TS: Efter ca 2 månaders sjukskrivning kände jag mig bättre och gick tillbaka till jobbet (efter påtryckning/hot från läkare) och föll ned i en djup svacka två månader därför att jag insåg hur illa det verkligen var ställt med mig och min hjärna. Det tar ett tag att få självinsikt - man vill ju helst inte må dåligt utan vill att allt skall vara bra. [...]

Inlägget fokuseras kring en uppmaning från TS. Brooklyns erfarenheter om oenighet kring egna upplevelser och vårdapparaten föreskrifter bekräftas genom de erfarenheter TS delar med sig av. TS erbjuder insikt i vad som ”kan hända” av att gå i linje med vårdapparaten föreskrifter och en förmaning om att det kanske inte är den bästa återhämtningen. TS positionerar också sig själv som kunnig, i handlingen att hävda sin självinsikt som hen vunnit över tid. Erfarenhet banar väg för kunskap, vilket sedan värderas med hjälp av kollektiv bekräftelse på forumet. I interaktionen ses hur utbyte av erfarenheter omvandlas till kunskap på forumet och hur det etablerar grund för att ge legitima råd till varandra.

5.1.4 Identitetsskapande genom kunskapskonstruktion

En kollektiv hållning av en gemensam misstro till vårdapparaten konstrueras i redogörelser av upplevelser av möten med läkare. En deltagare beskriver sin läkare som inkompetent, vi förstår att personen i fråga inte fått gehör för att gå vidare med sjukskrivning. Patienten har misslyckats med att förmedla sina upplevelser till sin läkare, patienten fråntas sina upplevelser och känslorna förminskas. De deltagare som upplevt detta och förmedlar det i forumet möter på andra som också upplevt samma sak varpå en gemensam lekmannakunskap upprättas. Utifrån en diskurspsykologisk hållning, där identiteter formas av sitt sammanhang (Winther Jørgensen & Philips, 2000), kan det tolkas som att positionen som *kunnig* förstärks på stödforumet, mer än vad den skulle ha gjort i andra sammanhang. På forumet är det kollektiva berättelser som etablerar vårdapparaten som okunnig, andras erfarenheter av att inte bli tagna på allvar förstärker ens egna varvid kunnig etableras som möjlig

position. På forumet bekräftas deltagarnas erfarenheter genom andras. Att bekräftas som kunnig kan agera som ett sätt att skapa en uppfattning om stabila identiteter, *ergo* ”jag är kunnig här, så jag kanske alltid har varit det”.

Däremot utgör försäkringskassan den sista utposten i vårdapparaten på så sätt att det är de som har det sista ordet i bekräftandet av sjukdomstillståndet. Det upprättar en aktivitet av att bevisa och styrka sin situation inför vårdapparaten. I följande empiri synliggörs hur deltagarna upplever relationen till Försäkringskassan:

TS: Ibland måste man ju pga Fk och läkare - men genomsnittlig sjukskrivningstid är två år och hjärnan återhämtar ju sig så oerhört långsamt.

Cleo: Jag måste ta mig vidare... jag kan inte gå tillbaka till mitt gamla jobb när jag mår bättre eller om jag blir tvungen pga Försäkringskassan eller läkaren.

Citaten visar på hur Försäkringskassan är något som deltagarna måste möta och förhålla sig till. Dessutom är Försäkringskassan den instansen som har beslutanderätten att legitimera och verifiera ett upplevt tillstånd, deltagarna använder sig av ord som ”måste”, ”hantera”, ”tvungen” vilket tyder på ett manövrerande som varken är lustfyllt eller önskat. Att deltagarna är tvungna att bemöta Försäkringskassan konstrueras som både dränerande och hämmande för återhämtningsprocessen. I kontrast till det kunnande forumdeltagarna möter i vårdapparaten, etableras annan sorts kunskap, en mer ”giltig” som vinner kraft genom deltagarnas egna erfarenheter av utmattningssyndrom (och återhämtning av densamma). Mot bakgrund av den av forumdeltagarna konstruerade kunskap etableras en grund för att söka- och ge råd till varandra. Detta illustreras i en interaktion mellan Lilo och Trådstartaren. Lilo skriver:

Lilo: Jag befinner mig i en svacka.. Hela livet känns som en svacka. Min puls är snabb och hård, är så trött och yr. Jag orkar snart inte kämpa vidare längre.. Allt känns liksom meningslöst. Har ingen betydelse om jag har en bra eller dålig dag, jag mår lika dåligt ändå. Min doktor vet om min utmattning och min hälsoängest som kommit med den så det känns meningslöst att gå dit och be om hjälp.. Hon är övertygad om att allt beror på mitt psykiska mående, iller det kanske gör.. eller inte. Fy fan för denna hopplöshet! Jag vill bara gråta konstant [...]

Inlägget är Lilos första på tråden. Hen positionerar sig inom kategorin *sjuk* men tar avstånd från att hennes upplevelser (enbart) skulle bero på hens psykiska mående, som föreslaget av sjukvården. Lilo skriver att hen inte känner mening inför att söka stöd hos sin doktor längre, vilken positioneras som oförstående och okunnig inför Lilos situation. I trådstartarens svar till inlägget står det:

TS: Så kasst att det är så svårt att få samtalshjälp. Så klart hänger allt ihop på något sätt, men doktorer har ofta svårt att VERKLIGEN förstå hur det är och ge tröst i detta. Det behöver jag psykolog till. Samt alla gånger doktorerna förminskat mig och mitt mående, vägrat tro på mig, vägrar inge hopp om att det blir bättre osv osv vägrat sjukskriva mig. Man måste vara oerhört stark för att ta fighten med alla dessa känslomässigt handikappade läkare. Det går att bli bättre säger jag till dig. Det tar tid och du behöver vila för detta. Lugn och ro. Jag känner precis som du gör i perioder. Hopplöshet meningslöshet osv. Gråter flera gånger om dagen sover dåligt. MEN DET GÅR ATT BLI BÄTTRE!! Glöm inte det!

Inlägget positionerar också läkarvården som okunnig och ”utanför” den egna gemenskapen. TS föreslår också ett nytt kategoriattribut, *stark* att ingå i kategorin *utmattad*. En egenskap som krävs för att ”ta fighten” och kräva sin återhämtning. TS ger rådet att vila, ett råd hen själv har gett, och tagit emot från andra. Det kan sägas att TS bekräftar Lilos situation genom att delge sina egna erfarenheter av utmattningen. ”Jag känner precis som du gör i perioder” vilket validerar Lilos känslor, innan hen ger hopp om att ”det går att bli bättre”. Även om läkarkåren och försäkringskassan består, kan forumdeltagarna genom samlade erfarenheter upprätta normer för hur en kan förhålla sig till dem och andra instanser de möter i sin sjukskrivning. ”Man måste vara stark”, som trådstartaren skriver, eller

“Ge inte upp” som föreslås av en annan. Att dela med sig av egna erfarenheter innehåller därför ett viktigt identitetsarbete. Det bekräftar ens situation genom att identifiera sig med den och det föreslår nya vägar för hur en måste agera och “vara”. När upplevelser valideras genom delade erfarenheter legitimeras en första identitetsposition; sjuk. Att genom den positionen konstruera samsyn kring hur en måste “vara” som sjuk möjliggör också en återhämtningsidentitet - Jag är sjuk, men jag kan bli bättre.

5.1.4 Sammanfattning om sjukdomsidentiteter

Sjuk görs på forumet till en relevant kategori genom motsatskategorin *frisk*. *Sjuk* fylls med kategoribundna aktiviteter passivt knutna till *frisk*, varför arbetsför också framträder som ett attribut de utmattade måste förhålla sig till. Analysen visar också hur forumdeltagarna positionerar sig själva, och andra utmattade på forumet, inom såväl kategorin *sjuk* som *utmattad*. Den senare samkonstrueras på forumet i förhandlingar om huruvida attributet *deprimerad* ska ingå i utmattningskategorin, eller förstås som en egen kategori under paraplybegreppet *sjuk*. Genom att nära sig, eller ta avstånd ifrån, den kategoribundna aktiviteten *medicinering* som förknippas med depression snarare än utmattning sker förhandlingar om hur *utmattning* bör förstås och hur det bör behandlas. I analysen framträder också hur forumdeltagarna stärker gränsdragningarna kring gruppen *sjuk* som också rymmer den snävare kategorin *utmattad*, genom att positionera vårdapparaten som en *utanför*-grupp. Inom den definierade gemenskapen kan forumdeltagarna positionera sig som *kunniga* gentemot vårdapparaten, i handlingen att referera till egen erfarenhet av sjukdom och att positionera vårdapparaten som okunnig. Det är inom denna konstruerade gemenskap forumdeltagarna legitimerar att söka- och ge råd till varandra.

5.2 Konstruktioner av normalitet

Ett viktigt verktyg i förhandlingen om sjukdomsidentiteter är att referera till andras erfarenheter, för att legitimera sina egna och på så sätt skapa samsyn kring normalitet. Vanligt är också att referera till vad som anses som “normal” sjukskrivning, både genom att åberopa auktoriteter, som forskare och försäkringskassans referensramar och andra utmattades sjukskrivningsperiod. Under denna rubrik fördjupas analysen för att visa hur detta kommer till uttryck på forumet och i sin tur på vilket sätt det kan förstås som att konstruera referensramar för “normalitet” i utmattningen.

5.2.1 Normalitet i återhämtningen

På forumet framträder det, ömsom tydligt, ömsom diskret, hur forumdeltagarna förhåller sig till idealbilden av att vara arbetsför. Med idealbild menas inte uttryckligen deltagarnas eget ideal, utan ett normativt ideal att förhålla sig till i sin sjukskrivning. Inom den ”vi”-gemenskap som formats och utifrån vårdapparaten som ”dem” pågår förhandlingar om hur återhämtning kan göras och vad den syftar mot. En del forumdeltagare beskriver vägen framåt som återgå till hur livet var före utbrändheten; ”det går att komma tillbaka” och andra beskriver vägen fram som att ingå i något annat sammanhang, där livet före associeras med negativa känslor och händelser som kanske rent av föranlett utbrändheten; ”För mig fanns inte att gå tillbaka som ett alternativ”. I kärnan av diskussionen är dock *frisk* normpositionen och denna likställs med arbetsför. Som en forumdeltagare beskriver om sin utmattning: ”Men ändå tycker jag att jag kan se detta som en fas jag går igenom och lär mig mycket av, inte som det nya normaltillståndet”. Eller som en annan forumdeltagare, Mischa, skriver i sitt första inlägg på tråden:

Mischa: [...] Har varit sjukskriven på heltid sedan första december och efter första månadens dygnetrunt-ångest och total utmattning har det börjat pendla alltmer. Vissa dagar mår jag ganska bra i mig själv, så länge jag bara är hemma (de flesta dagar orkar jag tyvärr inte komma ut på en kort promenad även om jag vet att det är bra) och vilar. De dagarna känner jag en tro på att jag relativt snart skulle kunna jobba igen. Sedan kommer en lunch på stan med en vän och då dippar jag totalt och blir sådär utmattad/klubbad igen. De dagarna undrar jag hur lång tid det egentligen kommer krävas innan jag kan arbeta igen. Det är fruktansvärt jobbigt att inte ha kontroll över min arbetsförmåga! [...]

I flera inlägg beskriver forumdeltagarna hur de behöver hävda sin sjukdom och legitimera sin situation gentemot vårdapparaten, för att få godkänd sjukskrivning. I en diskussion om normal sjukskrivningsperiod kan det sägas att forumdeltagarnas förhandling kretsar kring att legitimera sin arbetsfrånvaro, med att hävda sina symptom som inte kompatibla med arbete.

Detta, i sin tur, stärker också föreställningen om ”frisk som arbetsför” då det i ett outtalat samhällskontrakt positionerar *frisk* med en förväntan om att vara en person som arbetar. Utmattning är inte en visuellt synlig sjukdom varpå symptom och upplevelser kanske måste förhöjas och förtydligas än mer. I enskilda interaktioner på forumet uppdagas också hur samhällskontraktet kan verka slitsamt och driva på förväntningar på vad personen skall göra, och hur hen ska vara. Många forumdeltagare förlägger orsaker bakom sin utbrändhet till att ”vara” en person som arbetar (hårt och mycket). Föreställningen om *frisk* som synonymt med arbetsför förstärks i utmattningsprocessen av kategorin *sjukskriven*, då det implicit talar för ”sjukskriven från ett arbete”. I inlägget ovan beskriver Mischa sitt mående som att kretsa kring att veta, och inte veta, när hen kan återgå till arbete - arbetsför framträder som målet med återhämtningen. Framåt forumträdens sista månader skriver en forumdeltagare, Charlie, om sin situation och hur hen gått tillväga för att leva i med sin situation, men på sina villkor. Inlägget startar en dialog mellan Charlie och en annan deltagare, Delta som betonar hur den förväntade levnadsbanan innefattar arbetsför och hur utbrändhetsprocessen inte är kompatibel med ett normativt livsmanus. Charlie skriver:

Charlie: Det här kanske inte är möjligt för alla av olika skäl, men jag har lidit av ångest och depressioner så länge jag kan minnas. Även jag kommer ihåg känslan av vanmakt och förnedring när man skulle leva upp till villkoren för att få sjukersättning och när man skulle tillbaka i jobbet, ett jobb man blev sjuk av. Till slut tröttnade jag på systemet och valde att säga upp mig, få läka i min egen takt och försöka hitta tillbaka till livet. Jag är idag ganska gammal, byter jobb i snitt var tredje år [...] Jag är karismatisk, får bra vitsord och framställer mig själv som en reslysten person så ingen känner till problemen med min psykiska hälsa. På det här sättet slipper jag systemet, jag slipper stämplas som en sån där som är långtidssjuk, jag slipper krav som gör mig sjuk. [...] Jag är fattig enligt alla definitioner egentligen, men väldigt fri. Mina dåliga perioder är kortare idag, jag känner mig nästan frisk, för jag har inte längre ångest över att inte passa in i samhället.

I inlägget tar Charlie en annan position än den som tidigare presenterats på forumet. Att de livsval Charlie gjort är annorlunda, eller kanske normbrytande, föreslås också av Charlie själv som skriver hur det ”kanske inte är möjligt för alla”. Den process som Charlie, med många andra på forumet, befunnit sig i beskrivs generera en känsla av ”vanmakt och förnedring”, i vilket hen tar ett tydligt avstånd från det (återhämtnings)-”system” som beskrivs. ”Alla” som Charlie refererar till är kategorin *utmattade* personer, som Charlie både tar avstånd från- och känner samhörighet till genom att bidra med egna erfarenheter från ”processen” och genom att delge hur hen gått en annan väg. Charlie beskriver hur hen till sist sagt upp sig då hen tröttnat på ”systemet”, som medför processen av att ”bevisa sig sjuk” för vårdapparaten. Charlies strategi för att undgå det byråkratiska processandet för att få kontroll över sitt sjukdomstillstånd symboliseras av en medvetenhet och kontroll i det hen inte har kontroll över. Genom sina utarbetade strategier att låta sin sjukdom ta plats rör hen sig under radarn inom vårdapparaten. Hen ses som ”frisk” i systemet, men hen är medveten om sin kapacitet och anpassar livet därefter.

Charlie associerar frisk-positionen till att återta kontrollen i sin situation, att undgå "systemet" som beskrivs göra hen sjuk. Som tidigare redogjort för fylls *frisk* med kategoribundna aktiviteter kopplat till *arbetsför* - för Charlie är det snarare positionen arbetsför och den förväntan som följer med det - som gör hen sjuk. Där Charlie skriver: "jag slipper stämpas som en sån där som är långtidssjuk" kan läsas som ett avståndstagande från de föreställningar hen menar kommer med kategoriseringen långtidssjuk. Personen förknippar också frisk-tillhörigheten med att slippa "ångest över att inte passa in i samhället". Inlägget väcker reaktion hos Delta som svarar:

Delta: WOW! Jag beundrar din inställning till livet/arbetslivet och jag känner igen mig det här med att när man varit på ett ställe ett tag så ska man börja prestera, sånt är jättstressigt.

I inlägget beundras den inställning som Delta tolkar att Charlie har till arbetslivet och tillskriver "stress" till "krav om prestation". De återhämtningsmetoder som föreslås kan förstås som kontroversiella, eller som att de befinner sig i diskursens utkanter. Som Charlie själv skriver, det "kanske inte är möjligt för alla". Positionen benämns sedan av Delta som "beundransvärd", eller, ovanlig. Trots normbrytande metoder så kan det sägas att det ändå framkommer en strävan efter återhämtning i Charlies inlägg, en återhämtning som benämns som framgångsrik; "jag känner mig nästan frisk". När den sedan vinner stöd hos Delta accepteras Charlies bemästringsstrategier eller livsval som "godtagbara" återhämtningsstrategier. Detta kan i sin tur sägas agera som ett sätt att föra positionen från utkanten av diskursen, längre in mot diskursens mittpunkt där det normbrytande normaliseras. Det visar också på vilket sätt identiteter kan byggas upp i samtal (Edwards, 1998), genom att en presenterad levnadsbana av en deltagare (Charlie) accepteras som giltig av en annan (Delta) vilket verifierar den och möjliggör nya identitetspositioner.

Ett annat sätt som deltagarna etablerar normalitet i sjukskrivningen är att upprätta samsyn genom kollektiva berättelser. När trådstartaren i trådens första inlägg skiftar pronomen från "vi" till "man" åsyftas kategorin *utmattade* vilket etablerar en samhörighet med andra (utmattade) på forumet. Det går att tolka som ett sätt att legitimera sina erfarenheter, genom att referera till andras vilket också formar en gemensam förståelse kring vad det innebär att leva med- och återhämta sig från utmattning. Som i Elis svar till TS:

Eli: [...] Det finns en professor som heter Åke Thorstedt som forskar mycket på utmattningssyndrom och stress, och han hävdar att genomsnittstiden för att bli frisk och kunna återgå i arbete är 6 mån-1,5 år. Och att det måste få gå upp och ner och ta sin tid. Så jag tänker att jag iaf borde vara friskare när det gått 1,5 år, och om inte så kanske jag får fundera över om jag ska testa någon annan/ytterligare behandlingsmetod än återhämtning genom sömn, vila och stresshanteringstekniker. Än så länge har försäkringskassan inte tryckt på att jag ska testa att jobba, men det kommer väl med tiden och jag kan förstå att det är stressande. Jag tycker att du ska vara tydlig med att "nu har jag försökt och det gick inte alls, så nu måste jag få återhämta mig om jag ska kunna bli frisk på lång sikt". För det är det långsiktiga som spelar roll med den här diagnosen, inte hur fort man kan komma tillbaka i arbete. Klart att det tar tid att återhämta sig om man har stressat i många år, det går ju inte på några veckor.

I inlägget hänvisar Eli till en "genomsnittstid" för återhämtning och refererar till en forskare på området, vilket kan tolkas som att åberopa en vetenskaplig auktoritet. Att åberopa auktoriteter för att legitimera en viss position (som längre sjukskrivning) kan förstås som ett sätt att säkra att den ska godkännas av andra (Forkby, 2007). Eli hänvisar till den "långsiktiga" återhämtningen, där det "får ta tid" eftersom att det har tagit tid för andra. En sjukskrivningsperiod <1,5 år legitimeras därför, genom andras erfarenheter. Eli skriver också hur hen återhämtar sig idag, med "sömn, vila och stresshanteringstekniker" och berättigar dessa metoder, då hen ännu är inom godkänd återhämtningsperiod (<1,5 år). Först *efter* den perioden, kan Eli tänka sig att vända sig till andra metoder än de ovan nämnda, som exempelvis medicinering. Det kan förstås som en normalisering av den hållning som presenteras i trådstartarens inlägg, där TS efter mer än ett halvår är

heltidssjukskriven och inte vill medicinera. Det förtydligas i de råd Eli ger till som svar till frågan ”hur ni gör för att hantera den här processen”; att ”vara tydlig” mot försäkringskassan/sjukvården att TS behöver jobba mot långsiktig återhämtning, att det är den långsiktiga återhämtningen som spelar roll och att det är *okej* att återhämtningen tar tid. Det är okej, mot bakgrund av att det tagit tid för andra, inklusive Eli själv och att det dessutom finns forskning som hävdar denna ståndpunkt. Inom några timmar svarar TS:

TS: Intressant att du har fått vara sjukskriven 8 månader utan att försöka jobba. (Tyvärr redan glömt ditt "användarid" men antar du förstår problemen med korttidsminnet som också är utbränd..) Jag skall prata med min läkare. Jag är dålig på att ställa krav. [...] Jag läste på Försäkringskassan att genomsnittlig sjukskrivning är 2 år. Dock vet jag inte om de menar 100% eller om de menar tills man är uppe och arbetar 100% igen. Jag vill inte äta medicin då jag, liksom en person tidigare här i tråden varit inne på, har en hel del att bearbeta som jag varit med om i mitt liv och tror att jag behöver gå igenom dessa känslor för att bli frisk på riktig igen - har mått psykiskt dåligt till och från väldigt länge. Men - jag är beredd att göra det om inget hjälper - men som du som jag glömt använder id påpekar - jag är fortfarande inom "normal" sjukskrivningsperiod för min åkomma så jag borde inte känna stress över detta ännu. [...] Jag är även intresserad av att pröva kroppsliga terapier som någon skrev om ovan. Har också förstått att utmattning kan bero av tidigare trauma eller känslor på något sätt aktiveras från tidigare trauma. Samt att det går att bearbeta trauma-känslor på andra sätt än att prata. Mer info någon om detta?

Tidigt i sitt svar positionerar TS både sig själv och Eli inom kategorin *utmattad*. Att beskriva sina besvär med korttidsminnet och förvänta sig förståelse från Eli innebär en tydlig referens till gemensamma erfarenheter. Löpande på tråden refererar TS till andras erfarenheter med meningar som; "likt en person tidigare i tråden", "Men som Eli påpekar", "som någon skrev ovan". Såväl Eli som TS förhåller sig till positionerna *utmattad* och *deprimerad* så som de förhandlas fram löpande på forumet. TS är beredd att prova medicin som sista utväg men antyder en förväntan om att inte behöva medicinera. Den förväntan får stöd i de erfarenheter Eli delar med sig av, när TS svarar att det är ”intressant” att Eli fått vara sjukskriven i 8 månader utan att ha försökt jobba, och uppger att hen ska ”prata med sin läkare” (om att förlänga sjukskrivningen). TS identifierar sig med Elis erfarenheter av utbrändheten och förväntas kunna möta samma återhämtningsprocess – att få vara sjukskriven inom ”normal” sjukskrivningsperiod och att kunna återhämta sig utan medicin.

TS frågar hur länge ”ni” (andra utmattade) blir sjukskrivna åt gången och refererar också till den genomsnittliga sjukskrivningen, vilket genom försäkringskassans referensramar höjs med 6 månader från den tid som föreslages av Eli. I interaktionen förhandlas också en bild fram av att återhämtningen kan, och får, ta tid och där ”annan” behandling kan vara legitimt, om ”inget annat hjälper”. TS förstärker också sin uppfattning genom att referera till vad Eli påpekar: jag är fortfarande inom ”normal” sjukskrivningsperiod för min åkomma så jag borde inte känna stress över detta ännu”. Att sträva efter att vara ”normal” har förklarats som en diskursiv praktik, där en förhåller sig till den förväntade levnadsbanan och försöker att upprätthålla den (Sacks, 1998, refererad i Stokoe, 2012). Att åberopa andras erfarenheter i sjukskrivningen kan därför förstås som ett sätt att etablera vad som kan anses vara ”normalt i det onormala”. I forumtråden ses hur deltagarna refererar till andras erfarenheter för att legitimera sina egna.

5.2.2 Normalitet genom gemensamma erfarenheter

Senare i tråden följer en diskussion mellan TS och en ny deltagare, Andy, angående hur det i utmattningen för dem båda ”svänger” mycket, under och mellan dagarna. Andy skriver att:

Andy: Jag har varit sjuk i 9 månader nu. Det går upp och ner hela tiden i princip. Symptom kommer och går. Ibland försvinner de, ibland kommer nya. [...] Just nu är jag inne i en period då jag svänger

väldigt fort. Tidigare tog det veckor i svängarna ofta. Nu svänger det från dag till dag. På ett sätt är jag piggare, men på ett sätt sämre. Är mer ljudkänslig t.ex. men tål intryck bättre just nu.

Andy inleder, som andra forumdeltagare, med att positionera sig inom kategorin utmattad genom att referera till sin sjukskrivning. I inlägget introduceras också en återhämtning som en resa där en kan ta två steg fram och ett steg bak, en kan vara på ett sätt bättre, på ett annat sämre. TS skriver senare att:

TS: I en period var jag nedstämd hela tiden - varje dag varje sekund. Nu har det släppt och jag kan känna mig ledsen flera gånger om dagen omväxlande med att jag känner mig som vanligt. Jag gråter och så släpper ledsamheten! Eller så vilar jag och sedan börjar jag göra något så känns det bättre. Någon beskriver liknande här ovan?? Jag tror det är någon slags läkeprocess som startat för så var det inte för mig i början. Då var allt bara kaos. Försöker vara ute och röra på mig varje dag. Springer / går på yoga när jag orkar. Men så kommer jag in i en "stress" period så fallerar allt igen.. sover inte, inga rutiner, orkar inte träna osv. Lite slitigt att inte få känna att det kontinuerligt blir bättre utan hela tiden svänger så mycket. Men som sagt det beskriver ju någon annan liknande här ovan?

Här bekräftar TS symptomen att det "svänger" under och mellan dagarna, men refererar också till att det kan vara en del av läkprocessen. Det kan tolkas ta stöd i att, som TS skriver, någon annan beskrivit en liknande resa. Att söka bekräftelse av sina egna erfarenheter genom andras upplevelser kan förstås som att medlemmarna fogar samman sina erfarenheter med andras, för att bilda en gemensam erfarenhetsbank. Detta kan också förstås som en förhandling om normalitet inom utmattningen. En beskrivning av hur det "svänger" behöver inte säga så mycket om symptomen i sig, ty det beskriver enbart olika grader av symptomen. Ändå godtas situationen som giltig inom sjukskrivningen, även om den i praktiken kan skilja sig mellan personer. Det därför förstås som ett viktigt kategoriseringsarbete, att referera till sina upplevelser, där det *svänger*, befäster kategorin *utmattad* genom att betona det som är lika i sjukdomsberättelsen. Kategoriseringsarbete bygger i grunden på en föreställning om likhet och skillnad, där det som är lika grupperas i kontrast till det som är olika (Westin, 2003). Andy svarar med:

Andy: Jag har precis som du kommit in i en period där det svänger fort. Jag kan vara deppig och allt känns hoppplöst, sedan mår jag bättre igen. Vila och ibland aktivitet hjälper mer nu (tror jag?). På ett sätt skönt att läsa att man inte är ensam om detta. Hoppas det är en del av läkningsprocessen! Det som är konstigt är att jag har fått en del nya dåliga symptom på sistone med så det talar ju emot kanske? Det är som en berg och dalbana att vara utbränd. Tydligt väldigt vanligt och inget konstigt.

I svaret förankras ytterligare hur andras erfarenheter kan legitimera ens egna. Andy skriver hur det, på ett sätt är "skönt att läsa att man inte är ensam" och skriver hur det tydligen är "väldigt vanligt och inget konstigt" att det svänger i utbrändheten. Senare i forumtråden skriver en ny medlem, Jaden, enligt samma format som övriga deltagare, och positionerar sig inom gemenskapen genom att först presentera sin diagnos och sina symptom. Jaden avslutar med att skriva: "Just nu är jag sjukskriven en månad men det känns som att det kan vara för kort tid att återhämta sig på". TS svarar med:

TS: Ja, genomsnittlig sjukskrivningstid är två år enligt försäkringskassan. En månad är ingenting. Be om längre sjukskrivningsperiod. Förklara att kort sjukskrivningsperiod inverkar negativt på dig pga.....osv Ge lite symptom på hur du har det och om du upplever oro inför nästa bedömning berätta det och att det påverkar din återhämtning negativt. Att du har lång tid kvar till du är helt ok låter ju självklart med det du beskriver??

I svaret refererar TS till den genomsnittstid som presenterats tidigare i tråden och legitimerar genom den Jaden farhågor om att en månad är en för kort sjukskrivningsperiod. I inlägget ges också råd om hur Jaden ska agera inför sjukvården med hänvisning till de gemensamma erfarenheter av utmattning och återhämtning som presenterats i forumet. Avslutningsvis legitimerar TS att det kan ta (längre) tid för Jaden att återhämta sig med anledning av de symptom hen beskriver. Detta förstärker också uppbyggnaden av normalitet på forumet, det beskrivs som "helt okej", eller kanske, "normalt", att

Jaden kan behöva en längre sjukskrivningsperiod än den av sjukvården föreslagna, i enlighet med den gemensamma erfarenhetsbank som förhandlats fram. Att referera till andras erfarenheter och det som, på forumet, konstituerats som ”normalt” möjliggör också för forumdeltagarna att ge råd till andra. Dessa råd får kraft i egenskap av kollektivets samlade erfarenheter, vilka kan väga tyngre än sjukvårdens råd till individen.

5.2.3 Normalitet genom bakomliggande orsaker

Som tidigare redogjorts för i interaktionen mellan TS och Eli presenterades en önskan om att söka bakomliggande orsaker till utmattningen. I diskussionen kring huruvida det är legitimt att medicinera mot utmattningssyndrom skriver Eli: ” [...] Dessutom vill jag se över hela livssituationen och ändra de beteenden som jag tror har lett till min diagnos, inte dämpa negativa tankar bara för att de är obehagliga [...]”. I vissa fall, som det nyss nämnda, refererar medlemmarna till händelser eller beteenden som föranlett utmattningen och vittnar om en tro om att bearbeta dessa som vägen till återhämtning. Dessa uttryck kan kategoriseras som att medlemmarna refererar till bakomliggande orsaker *utanför* personen, men som haft en högst verklig påverkan, exempelvis genom förändrade beteenden eller ytterst också utmattning. I ett inlägg av trådstartaren står det:

TS: [...] Jag vill inte äta medicin då jag, liksom en person tidigare här i tråden varit inne på, har en hel del att bearbeta som jag varit med om i mitt liv och tror att jag behöver gå igenom dessa känslor för att bli frisk på riktig igen - har mått psykiskt dåligt till och från väldigt länge. [...]

TS refererar till händelser hen varit med om, vilka genererat negativa känslor och dåligt psykiskt mående. Även om känslorna och det dåliga måendet kan tolkas komma *inifrån* personen, så har de föranletts av utifrån kommande händelser. Det kan tolkas som ett sätt att objektivisera sitt mående, att manifesteras det i händelser som går att blottlägga och hantera för att också göra sin situation begriplig. Som svar till trådstartarens inlägg, skriver en person att TS bör kolla om det finns någon ”korrelation till umgänge också”, då ”fel umgänge” kan påverka måendet negativt, vilket ytterligare förstärker idén om att omgivningen kan katalysera utmattningsprocessen. I kontrast till denna förklaringsmodell står uppfattningen om att de bakomliggande orsakerna kommer ”inifrån” personen, från egenskaper, snarare än händelser. Lo, skriver:

Lo: [...] Jag har känt dem senaste veckorna att jag är nära på att nå gränsen för vad mitt psyke och min kropp pallar med, men man kör ju på, sån är jag, därför detta drabbade mig till slut antar jag. Fick åka ambulans till akuten då jag hade symtom misstänkt likt en kommande/pågående stroke! Dem hittade inga avvikelser i skallen så slutsatsen är att det är utmattning. [...]

I inlägget presenteras egenskapsorienterade orsaker till utbrändheten, att ”vara” en person som ”kör på” snarare än att ha blivit utsatt för, eller varit med om händelser som föranlett utbrändheten. Även detta kan dock tolkas som ett sätt att söka bakomliggande orsaker, för att begripliggöra situationen. Den distinkta skillnaden är att det i denna berättelse blottläggs såväl egenskaper som aktiviteter som associeras till en viss person; att vara på ett visst sätt innebär att ägna sig åt aktiviteter som genererar en viss sårbarhet för utmattning. Det kan uttryckas som att det på forumet förekommer en föreställning om att *vara* genererar ett *göra* vilket yttrar sig som en retroaktiv insikt. Detta kan förklaras i en kombination av att beskriva utmattningen som någonting en både ”drabbas av”, på grund av tidigare trauman eller omgivningen, och någonting en ”drivs till” på grund av inneboende egenskaper. I centrum finns dock alltid de aktiviteter som associeras till förklaringsmodellen. I ett inlägg framåt forumtrådens sista månad skriver en, för forumet ny person, Jamie, om sin historia:

Jamie: Jag är nog den mest kritiska människa mot mig själv jag någonsin mött. Extremt 200% i saker jag tror på. Vilket lätt gör mig utbränd när jag inte ge plats åt att vara på "paus" läge. Det och "var duktig visa att du är seriös visa att du tar det på allvar" pga lärare / föräldrar / andra som under

livets gång dömt min psykiska sjukhistoria som "du är lat" "du låtsas" "du måste skärpa dig" som satt sig väldigt djupt.

Jamie uttrycker att hen "är" självkritisk som resulterar i ett behov av att "vara" 200 % vilket i kontexten också kan tolkas som att vara högpresterande, aktiv och ambitiös. Personen fortsätter sedan med att lägga en del av förklaringen i att behöva motbevisa personer i sin omgivning som tolkat hens psykiska ohälsa som "lättja" eller ovilja att göra saker. Förklaringen läggs såväl på andra (lärare, föräldrar) och en själv, att "vara" en person som "gör" och inte tillåter sig själv pauser, eller vila. I ett annat inlägg presenteras detta tydligare; i diskussionen om att inte vilja ta mediciner mot utmattning presenterar Joni såväl "inneboende" orsaker som fysiologiska:

Joni: [...] jag tror personligen att det motståndet är ett uttryck för den personlighetstyp som oftast utvecklar liknande symptom, nämligen "A- personlighet", kreativa, arbetsamma, perfektionistiska människor som har svårt att säga nej! Troligen därför vi har svårt att tacka ja till hjälp som kommer utifrån. Och att vi minsann skall klara av det själva! säkert också därför vi försöker att lösa våra trauman på egen hand, ofta tyvärr med resultatet att vi till slut "bränns upp"! [...] I grund och botten skulle jag säga att all orsak till utbrändhet ligger i en långvarig överaktivering av HPA axeln, (det endokrina system som reglerar kroppens respons på bla stress) Troligen finns det en genetisk sårbarhet då många som drabbas har en eller två föräldrar med ngn form av stress relaterad ohälsa, psykisk instabilitet etc, [...] Eller som den senaste forskningen visar att vi alla har "trigger gener" som kan aktiveras av tex en sådan omgivning. Än tydligare blir det om vi utsätts för kraftigt trauma i tidiga år.

Jonis inlägg belyser viktigt kategoriseringsarbete. Här presenteras, likt tidigare, ett sökande efter bakomliggande orsaker men med en något mer utvecklad berättelse än tidigare. Även om Joni likt andra deltagare nämner att uppfattningen är "individuell" genom att referera till vad hen "personligen tror", så argumenterar personen för en förklaringsmodell till utbrändheten, genom att referera till såväl empiriska "bevis" som forskning på området. I inlägget presenteras en uppfattning om hur "varat" också leder till ett "göra", vilket introducerar ett nytt kategoriattribut; "A-personlighet". Användandet av "vi"-pronomen i inlägget förstärker den "egenskapsorienterade" förklaringsmodellen som tidigare presenterad, genom att förlägga orsakerna bakom utmattningen "inom" personen. Joni refererar också till anledningar förlagda "utanför" personen, genom att hänvisa till genetisk sårbarhet och "trigger gener". Tydlig är viljan att förstå och förklara sin situation för sig själv, men i handlingen att presentera den för andra medlemmar kan det förstås som ett sätt diagnosticera sig själv och andra på forumet, ett mönster som är vanligt på internetbaserade stödforum för psykisk ohälsa (Giles & Newbold, 2011; 2013).

5.2.4 Sammanfattning konstruktioner av normalitet

Genom att åberopa egna erfarenheter och referera till andras konstrueras samsyn kring vad som kan uppfattas vara " normalt i det onormala". Detta tar uttryck bland annat i en förhandling om "normala" bemärstringsstrategier under utmattningen och vad som är en "normal sjukskrivningsperiod" med anledning av utmattningssyndrom. I en förhandling om vad utmattningen kan innebära konstrueras en "gemensam erfarenhetsbank" i vilken deltagarna kan delge sina symptom, och eftersöka andras. Att kunna bekräfta sina egna symptom och erfarenheter som vanliga, eller "normala", möjliggör också för forumdeltagarna att etablera sig som "legitimt sjuka" vilket berättigar dem att söka och ge råd till varandra. I en annan strategi för att upprätthålla normalitet på forumet söker forumdeltagarna efter bakomliggande orsaker till sin utmattning. Orsakerna förläggs endera utanför personen, som i tidigare händelser eller trauman, eller i inifrån kommande egenskaper. Detta tar uttryck i en uppfattning om att "vara sådana som gör" vilket förklaras förorsaka utmattningen. Den egenskapen förstås också som en vanlig orsak till utmattning, vilket gör att den kan bidra till att normalisera ens erfarenheter.

6. Diskussion

6.1 Fem identitetspositioner

Det övergripande syftet med denna studie är att bidra med ny kunskap om identitetsskapande i interaktion, på identitetsskapande i ett internetbaserat stödforum, mellan individer med egen erfarenhet av utmattningssyndrom. Analysen har syftat till att besvara de frågeställningar som ligger till grund för studien, varför vi i diskussionen ägnar utrymme åt studiens övergripande syfte. Diskussionen är uppbyggd runt de identitetspositioner som har blivit synliga i resultatet och analysen. En utgångspunkt för att deltagarna sökt sig till stödforumet är att de har erkänt sig, och sett sig själva som *sjuka* varpå det betraktas som en initial identitetsposition. Det upplevda sjuka tillståndet är identifierat som *utmattad*, det begreppet som är vedertaget och mest använt i stödforumet, som svarar till deltagarnas upplevda symptom. Därefter konstrueras identitetspositioner i en kollektiv process bland deltagarna, de utnämner sig som kunniga och bekräftar varandras erfarenheter, värderar dem som reell kunskap och en medvetenhet om att inte vara ensam stärker deltagarna i återhämtningsprocessen. Den processen medvetandegör deltagarna om att det stadie som de befinner sig i inte är permanent, utan något som de kan återhämta sig från, men att det krävs en insats baserad på både eget arbete och gensvar från vårdapparaten.

6.1.1 Jag är: sjuk

Susan Sontags (1981) ord som inleder denna uppsats talar om sjukdom som ett dubbelt medborgarskap, "ett i de friskas kungarrike, ett i de sjukas" (s. 5). Citatet betonar hur ett epitet "sjukdom" fråntar tillträde från de "friskas" arenor. På det internetbaserade stödforum som analyserats i denna studie målas sjukdomens töcken ut som ett de utmattade ständigt förhåller sig till, men denna position existerar samtidigt enbart på de friskas villkor. Mer än att "sjuk" är någonting i sig själv, beskrivs det, likt Sontags (1981) ord, som ett "tillstånd", "dokument" eller "pass" som nekar närvaro i olika rum. Positionen *sjuk* fylls med kategoriattribut passivt knutna till *frisk*; *trött*, *urladdad*, *inaktivitet* och *oro*. Förutom att ett pass styrker medborgarskap kan det också bevilja resa, vilket ges betydande utrymme på forumet - sjukdom är inte "det nya normaltillståndet". Detta är någonting som framkommer, inte enbart i individuella berättelser, som i det just nämnda citatet, utan också någonting som förhandlas fram genom delade erfarenheter. Genom att delge egna erfarenheter av sjukdom presenteras *frisk* som normposition, dit en ska "tillbaka" varpå sjukdomspositionen presenteras som just "tillfällig". Denna position presenteras och reproduceras både i de råd som eftersöks och ges och i kategoribundna aktiviteter som introducerar ett "avbrott från det vanliga livet". Samtidigt så kontrasterar "friskpositionen" sjukdomsidentiteten och besannar den - den är, om än tillfällig. Detta lyfts också fram som betydande på andra internetbaserade stödforum, för bland annat ätstörningar och psykisk ohälsa (Giles, 2006; Thompson, 2012). Med dragna gränser för vad det innebär att vara sjuk (att inte vara "frisk" och "arbetsför") kan forumdeltagarna etablera en grund för att byta erfarenheter kring vad det innebär att leva med- och återhämta sig från utmattningssyndrom. Utmattning innebär en "resa" från en avsaknad av "friska" kategoriattribut och kategoribundna aktiviteter, som att arbeta, mot normpositionen *frisk och arbetsför*. I en position av "normalt i det onormala" etableras förutsättningar för återhämtning, där det får ta (sin egen) tid. Det har etablerats inom tidigare forskning att olika identitetspositioner påverkar återhämtningen hos individer som är sjuka i ätstörningar (McNamara & Parsons, 2016). Att kunna frånga en "identitet

som ätstörd” och inta en ”återhämtningsidentitet” beskrivs som förutsättningar för att återhämtningen ska ge ett önskat resultat. Dessa resultat framkommer genom att analysera diskussionstrådar på ett internetbaserat stödforum för ätstörningar och kollektivet ges särskild betydelse för att sådan identitetstransformation ska bli möjlig. Kollektivet beskrivs också som särskilt viktigt för att konstruera samsyn kring ett visst sjukdomsfenomen, vilket även har betydelse för hur återhämtning kan förstås och möjliggöras (Armstrong et al., 2011; Giles, 2006; Johannisson, 2011). På forumet för utmattningssyndrom kan det exemplifieras genom hur “sjuk”-positionen besannas genom andras erfarenheter; upplevda känslor, upplevelser och symptom manifesteras som sjukdom genom andras upplevda sjukdomstillstånd. Ett vara som *sjuk* innebär också att kunna inta en position som det går att återhämta sig från, till skillnad från en olustig känsla av att “något inte stämmer”. Därför kan sjukdomspositionen sägas vara en första nödvändig identitet, som sedan möjliggör andra.

6.1.2 Jag är: utmattad

Diskussionen om medicinering kan tolkas både som en diskussion om vägen till “rätt” återhämtning från utmattning och som en diskussion kring vad utmattning egentligen är för någonting. Å ena sidan placeras utmattningen bredvid “tyngre” diagnoser, som cancer och diabetes och å andra sidan länkas aktiviteten *att medicinera* samman med kategoriattributet *depression*. Att det inte råder konsensus i frågan vittnar om att diskussionen befinner sig i utkanten av diskursen, det är inte självklart att utmattningen kan eller bör behandlas med medicin, utan det presenteras som en behandling av *någonting annat*. Diskussionen kan därför sägas handla om att inkludera eller exkludera kategoriattributet *depression* i kategorin *utmattad* eller om depression bör förstås som sin egen kategori, som också kräver sina egna kategoribundna aktiviteter; *att medicinera*. En sådan förhandling är vanlig på internetbaserade hälsoforum och kan förstås som ett sätt för forumdeltagare att bygga upp gemensam kunskap kring en viss kategori och dess innehåll (Giles & Newbold, 2013). Likt hur *frisk*-kategorin verkar för att etablera kategorin *sjuk*, kan diskussionen om *depression* förstås etablera gränsdragningar kring vad det innebär att vara utmattad, eller vice versa. Majoriteten av forumdeltagare tar avstånd från mediciner, med förklaringar om att de “inte är deprimerade”, eller att de vill söka den “verkliga” orsaken bakom sin utmattning. Mediciner tros alltså inte bota orsaken bakom utmattningen, utan endera symptomen eller depressionen, vilket stärker uppfattningen om utmattning/utbrändhet som någonting annat. Detta är en bild som formuleras i förhandling, forumdeltagarna emellan. Som Ohlsson (2016) skriver kan diagnoser verka för att kategorisera såväl symptom som människor som lever med vissa symptom. Därför kan ett avståndstagande från medicinering i utmattningsprocessen verka för att ta avstånd från depression som diagnos, när medicinering är så intimt förknippat med depression. På så sätt kan etablerade kategorier också agera som resurser i identitetsskapandet, varför de kollektiva processer som formar kategorierna också kan förstås som centrala för vilka identitetspositioner som görs möjliga.

Detta ges till känna när trådstartaren öppnar upp för en position där hen tar avstånd från att medicinera, ett förhållningssätt som initialt kritiserats men som sedan vinner stöd genom andras avståndstagande. Detta görs genom att referera till forskning som förkastat dess effekter och genom att referera till egna *negativa* erfarenheter av att medicinera eller *positiva* erfarenheter av att *inte* medicinera. Att bygga upp förståelse kring vad depression är och hur det bör behandlas skapar också samsyn kring utmattning. Vad utmattning sedan är, i sin egen rätt, förhandlas fram genom att delge egna erfarenheter för att bygga upp gemensamma förståelser och genom att söka bakomliggande orsaker för att förklara sitt mående. Detta sökande efter kausala orsakssamband kan också ses i andra internetbaserade stödforum (Mudry & Strong, 2013; Thompson, 2012). Att göra skillnad på *utmattning* och *depression* kan förklaras genom att depression beskrivs som en effekt av långvarig utmattning, ett symptom på att ens situation har förvärrats. Deltagarnas avståndstagande från

medicinering kan förklaras som ett avståndstagande från depressionen och den “försvårade situationen”. Det presenteras som en position som försvårar andra identiteter, som en i återhämtning. Att presentera sig som utmattad, i kontrast till deprimerad, kan därför förstås som ett sätt möjliggöra andra mer önskvärda identiteter.

6.1.3 Jag är: kunnig

I interaktion på stödforum online går att se både i tidigare forskning (Arman et al., 2010) som på detta studerade stödforum hur en gemensamt konstruerad kunskapsbank utgör en legitim källa av information. Deltagarnas egna erfarenheter värderas högt och ses utgöra större trovärdighet än hur de upplever att vårdapparaten kunnande är. Vid möten med läkare upplever deltagarna att de inte blir tagna på allvar samt att bemötandet från Försäkringskassan genererar en känsla av att vara misstrodd. Responsen som deltagarna får på stödforumet överväger känslan av att inte bli lyssnad på inom vårdapparaten. Ju mer gehör de får för sina erfarenheter, desto mer värderar de varandras erfarenheter och omskriver dem till kunskap som utbyte. Det kan förklaras som att ett kollektivt självförtroende byggs upp och överbryggat det upplevda låga bemötandet från läkare. I detta rum; stödforumet, betyder deras känslor något, de blir tagna på allvar, lyssnade på och anses ha något att komma med. Kunskap som deltagarna tillägnat sig under sina möten med vårdapparaten förmedlas på stödforumet och omkonstrueras till nya sanningar. Exempelvis visar en generell riktlinje på Försäkringskassan att sjukskrivning mellan 6 månader och 2 år är vanligt, vilket reproduceras på forumet för att lugna deltagarna som ännu inte läst sig till den informationen. Det faktum att informationen filtreras genom en deltagare med egen erfarenhet gör att informationen vinner i värde, långt mer än om det skulle komma från vårdapparaten. Det kan också få ett dubbelt värde då det en deltagare själv inte upplevt i vårdapparaten, men hävdas komma därifrån, processat genom en deltagare med egna erfarenheter gör att validiteten i påståendet väger extra tungt. Inhämtad information från vårdapparaten filtrerade genom deltagare med egna erfarenheter utgör den tyngsta formen av kunskap inom stödforumet. Det är utifrån en position som kunnig forumdeltagare kan ge råd till varandra, råd som lyssnas på och förstärker det ursprungliga kunnandet.

Flera forumdeltagare beskriver sig själva som personer som är drivande och hårt arbetande, vilket också förklaras som en av katalysatorerna bakom utmattningen. Det har även framkommit i berättelser av andra utmattade, hur just tiden före präglas av altruism och “inre” drivande faktorer (Thunman, 2011). Det har även framkommit i tidigare studier hur en önskan om självförverkligande på arbetsplatsen i konflikt med möjligheter till detta på arbetsplatsen förklaras som en av orsakerna bakom den slutliga “kollapsen” (Arman et al., 2010; Eriksson et al., 2008; Thunman, 2011). Det är kanske därför ingen överraskning att forumdeltagarna, även under sjukskrivningen, positionerar sig som drivande (gentemot återhämtning) och hårt arbetande (för att bli bättre). Att skapa samsyn kring kunskap på forumet kan förstås som ett sätt att behålla kategoriattribut som tidigare kanaliserats ut i arbetslivet, men rikta dem mot att återta kontrollen över sin situation. Det bör nämnas att forumdeltagarna är i olika stadier i sin utmattning. Några skriver hur länge de varit sjukskrivna, där olika tidsangivelser anges. Att vara “ny” respektive “erfaren” utmattad kan innebära att de tagit sig olika långt i utbränd- och återhämtningsprocessen. I sin tur kan det påverka hur mycket kunskap deltagaren har förvärvat vilket kan ha inflytande över positionen som *kunnig*.

6.1.4 Jag är: inte ensam

Inte helt förvånande finns det ett stort forskningsunderlag om vilken sorts stöd som erbjuds på internetbaserade stödgrupper (t.ex. Mazzoni & Cicognani, 2013). Forskningen har funnit att just ett virtuellt utrymme kan verka positivt för att kunna öppna upp och prata om sådant som kan vara känsligt eller svårt att prata om ansikte till ansikte och att ett utrymme där andra delar liknande

erfarenheter möjliggör för ett utbyte av kunskap och råd i sin situation (Arman et al., 2010). Att möta andra med liknande erfarenheter kan också verka som ett sätt att hantera och normalisera kontroversiella aspekter av en själv (Kruk, 2015), genom vilket nya förståelser och identitetspositioner blir möjliga. Det kan sägas att positionen att *inte vara ensam* kan förstås som en identitetsposition som möjliggör andra. Löpande på det analyserade forumet ses hur deltagarna tar stöd i andras erfarenheter, för att bekräfta sina egna. Här agerar kollektivet som ett medel för att legitimera sitt mående och kunnande, *ergo* ”det jag känner är riktigt, för du känner som jag”. Utifrån detta kan identitetspositioner som *sjuk*, *utmattad* och *kunnig* etableras och legitimeras. Men dessa positioner skapar också grund för en *vi-identitet*. Det vill säga, *vi är* vilket upprättat ett förhållningssätt kring hur *vi bör agera*. Enligt samma förhandlingsmönster som skönjas i medicinerings-debatten kan det också sägas att forumdeltagarna etablerar normer för vad som är ”rätt väg tillbaka”, en väg som i sin tur görs möjlig genom att andra delar med sig av hur de själva kommit dit. Den positionen görs möjlig, genom att *andra i kollektivet* gjort samma resa. Att inte vara ensam, innebär också en möjlighet att bli frisk. Som Giles och Newbold (2013) kommer fram till möjliggör en ”vi”-identitet som sjuk också en kollektiv återhämtningsidentitet. På ett sätt kan också dessa identiteter sägas ta stöd i varandra; för att bli frisk måste det finnas någonting att bli frisk från, för att vara sjuk måste det finnas en position som frisk som gör sjukdomspositionen möjlig.

6.1.5 Jag är: snart bättre

I deltagarnas återhämtningsprocess går det att skönja en energi som svarar till en individ som har ambition att ”inte må såhär”. Det går också att förstå att deltagarna vid detta stödforum har lagt i en extra växel, att ta sig upp från sängen, loggat in på forumet och söka stöd, i syfte att råda bot på sitt tillstånd. De är medvetna om att det krävs något från dem för att förändra sin situation och målet är att bli som förut, eller att bli något annat - bättre än förut. Det kan förstås genom huruvida det upplevda sjukdomstillståndet är orsakat av bakomliggande händelse, då kan deltagarna önska bli något annat, bättre, en omlagd livsstil, ett förändrat levnadssätt. Om den önskvärda målbilden är att bli som förut kan man ha upplevt att man levde ett fungerande liv innan sjukdomen och att det är det som eftersträvas igen. Denna bild tar stöd i de berättelser som strävar efter att ”komma tillbaka” eller där ambitionen från forumdeltagarna själva är att återgå till arbete. Bakomliggande orsaker förläggs i dessa fall vanligen *innanför* personen, deltagarna beskriver sig som att ”vara” personer som ”gör” - vilket förorsakar utmattningen. Där den önskvärda målbilden är att ”komma vidare” fylls istället bilden före sjukskrivningen med aktiviteter som är negativt förankrade till ens privata- eller arbetssituation, förlagda *utanför* personen. I navet av sökandet efter orsakssamband finns hela tiden *strävan*, *ambitionen* att bli bättre. Att ”vara en person i återhämtning” fylls med kategoribundna aktiviteter av att *kämpa*, *aldrig ge upp* och att *bli bättre*. Identiteten av att snart vara bättre är också en som, likt ovan nämnda identiteter, resultatet av en kollektiv process. De råd som efterfrågas och ges på forumet styr mot en väg till återhämtning, råd som i sin tur förhandlas fram genom andras erfarenheter, eget kunnande och samsyn kring vad utmattningen innebär. Därför kan denna identitet, att vara ”snart bättre”, sägas agera som en huvudberättelse i sjukdomen. Thompson (2012) skriver hur sjukdomsberättelser kan präglas av återhämtning som en livslång process, vilket förvisso befäster sjukdomspositionen som livslång, men som också gör den hanterbar. Att framställa sig själv som en person som är på väg att ”bli bättre” kan därför ses som ett sätt att göra sin sjukdom mindre, även om den ”är”, så överskuggar den inte andra delar av en själv.

6.2 Metoddiskussion

Den valda analysmetoden, *Membership Categorization Analysis* är som nämnt sprungen ur samtalsanalys och används för att studera naturligt förekommande interaktion. Vanligen syftar detta till *talad* kommunikation och samtal och diskurser förstås som handlingar - språket är en performativ handling. I analyser som använder sig av samtalsanalytiskt- eller etnometodologiskt inspirerade metoder är därför kontexten där handlingar utförs viktiga, eftersom att dessa påverkar vilka handlingar som blir möjliga (Nordzell, 2007). Därför kan det verka som kritik mot att använda sig av MCA på datorassisterad kommunikation, eftersom att samtalskontexten omöjlig kan skrivas ut i sin helhet. En av fördelarna med internet, att det sträcker sig bortom geografiska- och tidsmässiga begränsningar, kan därför agera som ett hinder för att studera sammanhanget. Förutom att det inte går att läsa kroppsspråk, tonläge och tonfall, vilka kan agera som viktiga samtalsmarkörer, går det heller inte med säkerhet att veta vilket sammanhang varje skribent befinner sig i när de också är deltagare på forumet. Så som vi har tolkat MCA och som vi sett den användas i studier om internetbaserade stödforum (t.ex. Giles, 2006; Giles & Newbold, 2013; Kruk, 2015) är den dock möjlig att kombinera med datorassisterad kommunikation. På internet finns det helt enkelt *andra* sociala koder som görs viktiga i det sammanhanget, men det är inte desto mindre ett *sammanhang*. Så länge den kontexten beskrivs, hur samtalsstrukturen ser ut (i detta fall genom att svara andra deltagare med citatfunktionen på forumet och genom att referera till andra användare) och vad forumdeltagarna i sammanhanget själva framhåller som relevant anser vi att det går att använda sig av MCA även på datorassisterad kommunikation. Detta aktualiserar också en diskussion om trovärdigheten i studien. Trovärdighet i detta sammanhang avser huruvida den sociala verklighet som beskrivs är rimlig, utifrån de beskrivningar av den som ges (Guba & Lincoln, 1994, refererad i Bryman, 2011). Med andra ord, är det trovärdigt att anta att de tolkningar som görs i analysen i denna studie också har sin grund i empirin? Att använda sig av MCA som analysmetod, samt att försäkra sig om att metoden är användbar på datorassisterad kommunikation, kan förstås som ett sätt att säkra trovärdigheten i studien. Det faller på analysmetodens egna kriterier att tolkningarna görs helt utifrån vad som i den valda kontexten görs relevant, snarare än att grunda tolkningar utifrån egna föreställningar om verkligheten.

Däremot kan kontexten *stödforum* innebära ett annat hinder för MCA. Som nämnt är det samtalsdeltagarnas *egna* göranden av kategoriseringsarbete som är viktigt att lyfta fram i analysen. På ett forum som är avsett för att diskutera vissa saker, vanligen introducerat av trådstartaren på forumet (Giles, 2006) kan det innebära att en viss överdrift i kategoriseringsarbetet. Det finns därför en risk att forskaren lägger för stor vikt i sådant innehåll som utanför forumet inte tar så stor plats, eller som på forumet presenteras som särskilt viktigt, just för att sammanhanget tillåter det. En kritik som MCA har mött av andra forskare (Schegloff, 2007; Stokoe & Smithson, 2001) är att forskaren lägger sina egna förväntningar i att vissa kategorier ska bära tyngd, trots att de i sammanhanget inte görs relevanta. Det är helt enkelt svårt att gå in i en analys med sin egen förförståelse *helt* inom parentes, ity föreställningar om kategorier finns överallt, även hos forskaren. Denna fälla riskerar att accelerera på ett stödforum som är avsatt för visst meningsutbyte och kan försätta forskaren att se saker enbart för att de *förväntas* finnas där. Resultatet blir då grundat inte så mycket på vad forumdeltagarna framhåller, utan vad forskarna förväntar sig att betoningen läggs. Dock, som bland annat Fitzgerald (2012) poängterar, så det en risk att kontaminera resultatet med forskarens egen förförståelse mindre en fälla med analysmetoden, som en följd av felaktigt användande av den. Hela poängen med MCA är trots allt att granska görandet *i handling*, det vill säga *samtalsdeltagarnas* och inte *forskarens* görande. För att säkra att det är just detta som fokuseras har författarna av denna studie tillämpat så kallad interbedömarreliabilitet (Bryman, 2011). Det innebär att materialet analyserats av studiens

båda författare, oberoende av varandra, innan de kategorier som benämns diskuterats med varandra. Det utesluter givetvis inte att kategoriseringsarbetet grundas i egen förförståelse, men det minimerar risken för det. Om vissa kategorier mött oenighet har de granskats ytterligare, för att säkerställa att de är relevanta i sammanhanget, oberoende vad författarna tolkar som relevant för denna studies syfte. En annan risk med forskarens förförståelse, som framhålls av Winther Jørgensen och Phillips (2000), uppstår i forskarens relation till den diskurs som studeras. Om en befinner sig nära diskursens kärna framträder den, som nämnt, som ”naturlig”, varför det finns en fara i att inte kunna betrakta den som socialt konstruerad. Båda författare av denna studie har egna erfarenheter som skulle kunna innebära en riskabel närhet till det analyserade materialet. Dessa erfarenheter har löpande diskuterats författarna emellan, just för att kunna lyfta dess potentiella faror inför- och under analysarbetet. Därigenom har vi kunna höja ett varningens finger när vi närmat oss normativa tankemönster och påmint oss själva och varandra att blicka tillbaka på empirin med ”nya ögon”.

En annan möjlig begränsning med denna studie grundar sig i valet av forumtråd. Även om anonymitet har beskrivits som en styrka för att komma närmre sådant som kan vara känsligt att diskutera som exempelvis vid kvalitativa intervjuer, så innebär det också en begränsning i att se skillnader i respondenter. Det går helt enkelt inte, med tanke på urvalet av forumtråd, att ha en intersektionell ansats i denna studie, trots att båda författare av denna studie framhåller intersektionalitet som ett viktigt inslag i samhällsvetenskaplig forskning. Med den analys som presenteras i denna studie dras svepande drag med en något bred pensel, trots att det kan råda skillnader i identitetsarbete med avseende på olika identitetsmarkörer som inte har, eller har kunnat, identifierats.

Sammantaget anser vi dock att studiens samlade metod är en styrka för att granska identitetsarbete i en avgränsad kontext, i synnerhet utifrån förståelsen om identiteter som konstruerade och just, kontextuella. Att utgå ifrån en forumtråd på ett internetbaserat stödforum har tillåtit att synliggöra de utmattades egna berättelser som primärkälla som den framställs utan forskarens ingripande. Genom att använda MCA som analysmetod har vi kunnat rikta blicken mot det i sammanhanget relevanta och nå en djupare insikt i de processer som är delaktiga i identitetsskapande i interaktion på ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom. De resultat som framkommit genom analysen i denna studie kompletterar den rådande forskningen om identitetsskapande på internetbaserade stödforum, genom att också skänka ljus över identitetsskapande i relation till utmattningssyndrom. Vidare kompletteras också den komplexa bilden av utmattningsfenomenet genom att relatera det till identitetsskapandets processer, något som saknats i den rådande forskningsbilden.

6.3 Diskussion om tidigare forskning och teoretiskt ramverk

Denna studies resultat går i linje med de som presenteras under kapitlet ”tidigare forskning”, varför resultaten kan sägas ta stöd i, och styrka varandra. Detta trots att den forskning vi förhåller oss till och berört i studien kan kritiseras för att vara något utdaterad. Forskningen är publicerad av olika författare mellan 2006 och 2016 men resultaten under det decennium som berörs skiljer sig inte anmärkningsvärt åt från varandra. Det väcker i sin tur frågeställningar rörande diskurspsykologin som varit denna studies teoretiska inramning. Utifrån ett diskurspsykologiskt perspektiv uppfattas, som nämnt, identiteter som flytande och kontextuella och fokuserar främst på lokalt producerade diskurser. Samtidigt medger teorin förekomsten av de bredare, samhälleliga diskurserna där den egna förståelsen finns invävd. Det är inte kontroversiellt att hävda att samhället har förändrats under åren 2006 fram till idag, kanske i synnerhet på internet som tenderar att accelerera livstempot. Att identitetskonstruktion i relation till hälsa och ohälsa verkar omges av liknande faktorer och röra sig i samma riktning, nu som då, kan sägas avdramatisera den effekt kontexten har på det kollektiva- och individuella

identitetsarbetet. Kanske är de större, samhälleliga diskurserna som diskursteorin inte (främst) fokuserar på, mer betydande än vad teorin vill medge? Att forumdeltagarna som varit aktuella i denna studie dessutom varit anonyma, för oss och för varandra, talar också för ytterligare en möjlighet för identitetsskapandet – det är inte ens begränsat till andras föreställningar om en själv. När individen har alla möjligheter att *vara* och *bli* ”vem som helst”, varför tycks hen bli som alla andra? Vi menar inte med detta att hävda någon determinism och medger att sammanhanget *har* betydelse för hur individen kan skapa och förstå sig själv, det visas också genom denna studie. Det är däremot tänkvärt att fråga sig om, och hur, identitetsarbetet begränsas i sitt lokala sammanhang, vilket kanske kan förstås genom att inkludera ett bredare perspektiv, även i en studie som fokuserar det lokala och vardagsnära.

6.4 Slutsatser

Den samlade slutsatsen i denna studie är att ett internetbaserat stödforum för utmattningssyndrom kan utgöra ett viktigt utrymme för identitetsskapande mellan individer med egen erfarenhet av utmattning. Genom att delge egna, och referera till andras erfarenheter, kan forumdeltagarna konstruera samsyn kring vad det innebär att leva med- och återhämta sig ifrån utmattningssyndrom. Inom ramen för en kollektivt konstruerad sjukdomsidentitet som *utmattad* möjliggörs ett utrymme där egna erfarenheter legitimeras, vilket också öppnar upp för att positionera sig som kunnig i relation till vårdapparaten. Utifrån denna position konstrueras också en identitet av att vara *stark*, och att *aldrig ge upp*. I ljuset av andras erfarenheter växer således en berättelse fram av att vara *utmattad* men *på bättringsvägen*. I detta understryks de kollektiva processerna som särskilt viktigt, då kategorier konstrueras i interaktion med andra. I sin tur kan dessa sedan användas som resurser i identitetsskapandet.

6.5 Kunskapsbidrag och förslag till vidare forskning

Där den tidigare forskningen om utmattningssyndrom har tenderat att söka bakomliggande orsaker till utmattningen vill vi med denna studie snarare föreslå att bredda synfältet och att rikta blicken framåt. Med ett breddat synfält innebär att söka samverkande faktorer *under* utmattningen där bland annat en konstruerad samsyn med andra i samma situation har visat sig vara ett viktigt verktyg för hur utmattning förstås och hur det uppfattas bäst bör behandlas. Mot denna bakgrund kan det också finnas ett värde för vårdapparaten att försöka förstå inte bara individen, utan också hur individen förstår sig själv, eftersom att detta också har påverkan för hur individen förutspår sin återhämtning. Dock har vi med denna studie enbart skrapat på ytan och mer forskning behövs för ytterligare förståelse i de komplexa faktorer som samverkar. Att rikta blicken framåt siktar mot att söka insikt i hur livet ter sig under och efter utmattningen. Vad händer efter *bättringsvägen*? Vart leder egentligen vägen till bättring och vad innebär bättring? Pondera att det är ett nytt normaltillstånd som uppnås, hur förhåller sig individen till sin nya upplevda identitet och den eventuellt förändrade kapaciteten? Hur står den sig till arbetsmarknadens förväntningar, och måst möjligen arbetsmarknaden förändra sig? Vi vill tro, baserat på vår empiri och våra självupplevda erfarenheter att en effekt kan bli att *inget blir detsamma igen*, och det skulle vara intressant att se studier på utmattningens långtgående konsekvenser, både ur ett individuellt och ett samhälleligt perspektiv. Ytterligare intressant vore att se studier som undersöker hur individer som återhämtar sig från utmattningssyndrom utarbetar bemärtningsstrategier för *kunna vara* till arbetsmarknadens förfogande.

Referenslista

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Antaki, C., & Widdicombe, S. (1998). Identity as an achievement and as a tool. In C. Antaki., S. Widdicombe (Ed.), *Identities in talk* [Elektronisk resurs] (s. 1-14). Hämtad från <http://ebookcentral.proquest.com.ezp.sub.su.se/lib/sub/reader.action?docID=1024111>
- Arman, M., Hammarqvist, A.S., & Rehnsfeldt, A. (2010). Burnout as an existential deficiency–lived experiences of burnout sufferers., *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 294-302. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00825.x
- Armstrong, N., Kotevko, N., & Powell, J. (2011). ‘Oh dear, should I really be saying that on here?’: Issues of identity and authority in an online diabetes community. *Health*, 16(4), 347-365. doi:10.1177/1363459311425514
- Baker, C. (2000). Locating culture in Action: membership categorisation in text and talk. In A. Lee., & C. Poynton (Ed.), *Culture & text: discourse and methodology in social research and cultural studies* (s. 99-113). London: Rowman & Littlefield.
- Benwell, B., & Stokoe, E. (2006). *Discourse and Identity* [Elektronisk resurs]. Hämtad från https://www.researchgate.net/publication/281760769_Discourse_and_Identity
- Berg, M. (2015). *Netnografi: att forska om och med internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bolander, E., & Fejes, A. (2015). Diskursanalys. I A. Fejes., & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (s. 90-114). Stockholm: Liber.
- Brattberg, G. (2006a). Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: a randomized trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(3), 221–227. doi:10.1097/01.mrr.0000210055.17291.f5
- Brattberg, G. (2006b). Utmattningsyndrom: En kvalitativ analys av utmattningsprocessen, vändprocessen och renoveringsprocessen. *Svensk rehabilitering*, (1), 12–17.
- Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara: om coping*. Stockholm: Värkstaden.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2. uppl.) Malmö: Liber.
- Burr, V. (2004). *Social constructionism*. (2. Ed.) London: Taylor & Francis Group.
- Börjesson, M., & Palmblad, E. (2007). *Diskursanalys i praktiken*. Stockholm: Liber.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 20(1), 43–63. doi:10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x
- Deppermann, A. (2013). How to get a grip on identities-in-interaction: (What) does ‘positioning’ offer more than ‘membership categorization’? Evidence from a mock story. *Narrative Inquiry*, 23(1), 62-88. doi:10.1075/ni.23.1.04dep
- Edwards, D. (1998). The relevant thing about her: Social identity categories in use. In C. Antaki., S. Widdicombe (Ed.), *Identities in talk* [Elektronisk resurs] (s. 15-33). Hämtad från <http://ebookcentral.proquest.com.ezp.sub.su.se/lib/sub/reader.action?docID=1024111>
- Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 59–67. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03264.x

- Eriksson, U. B., Starrin, B., & Janson, S. (2008). Long-term sickness absence due to burnout: Absentees' experiences. *Qualitative Health Research, 18*(5), 620-632. doi:10.1177/1049732308316024
- Eysenbach, G., & Till, J. E. (2001). Ethical issues in qualitative research on internet communities. *Bmj, 323*(7321), 1103-1105. doi:10.1136/bmj.323.7321.1103
- Fitzgerald, R. (2012). Membership categorization analysis: Wild and promiscuous or simply the joy of Sacks?. *Discourse Studies, 14*(3), 305-311. doi:10.1177/1461445612440776
- Forkby, T. (2007). I normaliseringens närhet. I M. Börjesson., & E. Palmblad (Red.), *Diskursanalys i praktiken* (s.74-101). Stockholm: Liber.
- Försäkringskassan. (2017). *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*. Hämtad från <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d57be02c-46dc-4079-b68d-760739441f11/korta-analyser-2017-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Gustavsson, A. (2008). Vår tids socialpedagogik. I M. Molin., A. Gustavsson., & H. Hermansson (Red.), *Meningsskapande och delaktighet: om vår tids socialpedagogik* (s. 29-52). Göteborg: Daidalos.
- Gustavsson, A., Nyberg, C., & Westin, C. (2016). Research Paper: Plurality and continuity— Understanding self-identity of persons with intellectual disability. *Alter - European Journal of Disability Research, Revue Européen de Recherche Sur Le Handicap, 10*(4), 310–326. doi:10.1016/j.alter.2016.06.003
- Giles, D.C. (2006). Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders. *British Journal of Social Psychology, 45*(3), 463-477. doi:10.1348/014466605X53596
- Giles, D.C. (2016). Observing real-world groups in the virtual field: The analysis of online discussion. *British journal of social psychology, 55*(3), 484-498. doi:10.1111/bjso.12139
- Giles, D.C., & Newbold, J. (2011). Self-and other-diagnosis in user-led mental health online communities. *Qualitative Health Research, 21*(3), 419-428. doi:10.1177/1049732310381388
- Giles, D.C., & Newbold, J. (2013). 'Is this normal?' The role of category predicates in constructing mental illness online. *Journal of Computer-Mediated Communication, 18*(4), 476-490. doi:10.1111/jcc4.12022
- Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I G. Hallerstedt (Red.), *Diagnosens makt* (s. 29-41). Daidalos: Göteborg.
- Johansson, A. (2011). Att skapa sig själv genom psykiatrin. Ett etnologiskt perspektiv på självskadares identitetskonstruktioner. *Socialmedicinsk tidskrift, 88*(3), 240-248.
- Jonas, B., Leuschner, F., & Tossmann, P. (2017). Efficacy of an internet-based intervention for burnout: a randomized controlled trial in the German working population. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(2), 133-144. doi:10.1080/10615806.2016.1233324
- Kozinets, R.V. (2015). *Netnography: Redefined*. (2. Ed.) London: Sage.
- Kruk, B. (2015). 'I cant bear the thought that he might not recognise me': Personal narratives as a site of identity work in the online Alzheimer's support group. *Communication & medicine, 12*(2/3), 273. doi:10.1558/cam.18453
- Markham, A., Buchanan, E., & AoIR Ethics Working Committee. (2012). Ethical decision-making and Internet research: Version 2.0. *Association of Internet Researchers*. doi:10.1177/1473325018796120

- Mazanderani, F., Locock, L., & Powell, J. (2011). Being differently the same: The mediation of identity tensions in the sharing of illness experiences. *Social Science & Medicine*, 74(4), 546-553. doi:10.1016/j.socscimed.2011.10.036
- Mazzoni, D., & Cicognani, E. (2013). Sharing experiences and social support requests in an Internet forum for patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of health psychology*, 19(5), 689-696. doi:10.1177/1359105313477674
- McNamara, N., & Parsons, H. (2016). 'Everyone here wants everyone else to get better': The role of social identity in eating disorder recovery. *British Journal of Social Psychology*, 55(4), 662-680. doi:10.1111/bjso.12161
- Mills, S. (2004). *Discourse*. (2. Ed.) London: Routledge.
- Mudry, T.E., & Strong, T. (2012). Doing recovery online. *Qualitative Health Research*, 23(3), 313-325. doi:10.1177/1049732312468296
- Nordzell, A. (2007). Kategoriseingsarbete i skolledarmöten. I M. Börjesson., & E. Palmblad (Red.), *Diskursanalys i praktiken* (s. 174-195). Stockholm: Liber.
- Ohlsson, R. (2016). Diagnosis as a resource in the social representation of mental illness. *Papers on Social Representations*, 25(1), 12-1. doi:10.1177/053901898037004006
- Ohlsson, R. (2011). Diagnosens roll i vardagligt meningsskapande – om psykisk ohälsa. I G. Drakos., & L. (Red.), *Diagnos & identitet* (s. 157-183). Stockholm: Gothia.
- Olsson, U. (2009). Pedagogik: folkhälsoarbetare som reflekterande praktiker. I I. Andersson., & G. Ejlertsson (Red.), *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen* (s. 229-250) Lund: Studentlitteratur.
- Quyale, A. (2017, 23 mars) Forskning: Var tionde elitidrottare drabbas av utbrändhet. *SVT nyheter*. Hämtad från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/forskning-var-tionde-elitidrottare-utbrand>
- Peräkylä, A. (2011). Validity in research on naturally occurring social interaction. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research* (s. 365-382). Sage: London.
- Potter, J. (2011). Discursive psychology and the study of naturally occurring talk. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research* (s. 187-207). Sage: London.
- Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Schegloff, E. (2007). A tutorial on membership categorization. *Journal of pragmatics*, 39(3), 462-482. doi:10.1016/j.pragma.2006.07.007
- Sontag, S. (1981). *Sjukdom som metafor*. Stockholm: Bromberg.
- Stokoe, E., & Smithson, J. (2001). Making gender relevant: Conversation analysis and gender categories in interaction. *Discourse & Society*, 12(2), 217-244. doi:10.1177/0957926501012002005
- Stokoe, E. (2012). Moving forward with membership categorization analysis: Methods for systematic analysis. *Discourse Studies*, 14(3), 277-303. doi:10.1177/1461445612441534
- Svenaesus, F. (2003). *Sjukdomens mening: det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Tholander, M. & Thunqvist Cekaite, A. (2015) Konversationsanalys. I A. Fejes., & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (s. 90-114). Stockholm: Liber.

Thompson, R. (2012). Screwed up, but working on it: (Dis)ordering the self through e-stories. *Narrative Inquiry*, 22(1), 86-104. doi:10.1075/ni.22.1.06tho

Thunman, E. (2011). Sjuk av självförverkligande: Individerna i det nya arbetslivet. *Arbetsliv i omvandling*, (1), 1-91.

Vårdguiden (2017). *Utmattningssyndrom*. Hämtad från <https://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Utmattningssyndrom/>

Westin, C. (2003). Citizenship and Identity. In A. Kondo & C. Westin (Ed.), *New Concepts of Citizenship. Residential/Regional Citizenship and Dual Nationality/Identity*. Stockholm University: CEIFO. doi:10.4135/9781446218129

Widdicombe, S. (1998). Identity as an Analysts' and Participants' resource. In C. Antaki., & S, Widdicombe., (Ed.) *Identities in Talk* [Elektronisk resurs] (s. 191-206). Hämtad från <http://ebookcentral.proquest.com.ezp.sub.su.se/lib/sub/reader.action?docID=1024111>

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Stockholms universitet/Stockholm University
SE-106 91 Stockholm
Telefon/Phone: 08 – 16 20 00
www.su.se



Stockholms
universitet