

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Att förlora tillgången till sig själv
- en kvalitativ studie om
bipolär sjukdom typ II**

Hanna William-Olsson

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM2542
Vårterminen 2022
Handledare: Katarina Kornaros

Vilken del av mig är mitt egentliga jag? Den otyglade, impulsiva, kaotiska, översvallande och galna? Eller den blyga, tillbakadragna, förtvylade, självmordsbenägna, fördömda och slutkörda? Förmodligen lite av båda delarna, förhoppningsvis inte alltför mycket av endera.

- Kay Redfield Jamison (1995, s.76)

Att förlora tillgången till sig själv - en kvalitativ studie om bipolär sjukdom typ II

Hanna William-Olsson

Studiens syfte var att undersöka självbild och självupplevelse hos personer med bipolär sjukdom typ II och vilka förklaringsmodeller de hade för det egna fungerandet. Fem personer intervjuades och materialet bearbetades med metoden tolkande fenomenologisk analys (IPA). Fyra huvudteman och elva underteman togs fram. Resultatet visade att bipolär sjukdom kunde skapa en upplevelse av ett föränderligt själv. Delar av självet förknippade med hypomani och stabilitet beskrevs som positiva medan depressivitet och aspekter av hypomani beskrevs som negativa, vilket kunde skapa avståndstagande från de depressiva sidorna. Det framkom svårigheter att förstå sitt fungerande innan diagnosticeringen, samt egna strategier för att hantera sjukdomen. Psykiatrin beskrevs kunna hjälpa deltagarna att upprätta en mer positiv bild av sig själva, men även inskränka friheten att definiera sig själv. Det fanns kopplingar mellan upplevelsen av ett skiftande stämningsslag som del av självet och en motvilja mot att se sig som sjuk, medan upplevelsen av symtomen som något utanför självet var förknippat med att acceptera diagnosen. Resultatet diskuterades bland annat utifrån psykoanalytiska teorier. Studiens resultat indikerar att bipolär sjukdom kan skapa utmaningar gällande upprättandet av ett stabilt själv. Frågor kring självet bör utforskas vid behandling av målgruppen för att öka välmående och minska risken för sjukdomsskov.

Frågan om vem man är har upptagit människor i alla tider. Att drabbas av psykisk sjukdom har i såväl forskning som populärvetenskap beskrivits kunna förändra upplevelsen av den man är. I dokumentären "Rum för sjuka själar" (2006) om den svenska mentalvårdens historia resonerar Maud Nycander: "Att bli psykiskt sjuk, sjuk i själen (...) är någonting som drabbar ditt innersta, det som är du." Psykologen och forskaren Kay Redfield Jamison (1995) som har bipolär sjukdom (eller manodepressiv sjukdom som den kallades då) skildrade i sin självbiografi hur ett liv med tvära känslökast gjort henne osäker på vilken version av henne själv som *egentligen* är hon. Sjukdomens pendlande mellan eufori och nattsvart mörker blev för henne något som inte bara förändrade hennes beteenden, tankar och känslor utan även fick henne att känna att hon förvrängdes från sitt "sanna" jag. Är upplevelsen som Jamison beskrivit något som delas med andra personer med bipolär sjukdom, och hur beskriver de i så fall att stämningsskillnader kan påverka självet? Jag ville med detta som bakgrund undersöka hur personer med bipolär sjukdom upplever och förstår sig själva i relation till sjukdomen. Jag kommer inledningsvis att ge en bakgrund till diagnosen bipolär sjukdom utifrån ett såväl kliniskt som teoretiskt perspektiv. Därefter går jag igenom ett urval teorier om självet och jaget, samt redovisar delar av forskningsfältet kring bipolär sjukdoms inverkan på självet. Sist i inledningen utvecklas studiens syfte.

Bipolär sjukdom är en kronisk sjukdom som kännetecknas av ett stämningsslag som skiftar mellan perioder, så kallade skov, av nedstämdhet och uppvarvning. Den diagnostiska manualen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) skiljer mellan bipolär I och bipolär II. För bägge diagnoserna krävs att patienten uppfyller kriterier för egentlig depression, och den huvudsakliga skillnaden består i de uppvarvande periodernas intensitet. Bipolär typ I karaktäriseras av maniska episoder med symtom som bl.a. förhöjd sinnesstämning, snabbare tankar, grandios självbild, irritation, kraftigt ökad aktivitet som ofta får negativa konsekvenser, minskad sömn och ibland psykotiska symtom. Mani ses som en tydligt märkbar

funktionsförsämring medan bipolär typ II utmärks av hypomanier som beskrivs vara mildare, de innehåller inga psykotiska symtom och kräver sällan sjukhusvård men har i övrigt samma kännetecken (American Psychiatric Association, 2013). De depressiva episoderna präglas bl.a. av nedstämdhet, minskat intresse och glädje samt värdelöshetskänslor och suicidtankar. Mellan depressioner och manier/hypomanier finns symtomfria perioder och det skiljer sig åt från person till person hur snabbt tillstånden växlar. Det är enligt Bentall et al. (2011) vanligt med såväl subkliniska symtom under friska perioder som komorbiditet med annan problematik som t.ex. ångestsyndrom.

Enligt Crowe et al. (2012) drabbas mellan 1-2 % av världens befolkning av bipolär sjukdom och forskning visar på en stor ärftlig faktor som idag ses som den tyngsta orsaken till sjukdomen. Alloy et al. (2012) har beskrivit en modell som förklarar problematiken med en hyperkänslighet för aktivering av BAS-systemet (behavioral approach system). BAS förklaras som det psykologiska system som styr förstärkning av bland annat målinriktat beteende och kicksökande. Alloy et al. har beskrivit hur ökad sensitivitet i BAS kan tänkas predicera insjuknande i bipolär sjukdom och även risk för fortsatta skov. Inom psykoanalytiskt tänkande har bipolär sjukdom setts som en effekt av starka psykologiska försvar mot depressivitet som rämnar när individens energi tar slut vilket resulterar i det pendlande stämningsläget (Freud, 2008; McWilliams, 2000). Teorier om en hypoman eller cyklotym personlighet har också beskrivits som närliggande bipolär sjukdom (McWilliams, 2000; Meyer et al., 2007). Hypoman/cyklotym personlighet präglas av extraversion, självförtroende, höga ambitioner men även impulsivitet och irritabilitet vilket överensstämmer med symtombilden för mani. Denna personlighet behöver dock inte innebära sammanfalla med bipolär sjukdom utan beskrivs som en riskfaktor för utvecklandet av sjukdomen (Meyer et al., 2007).

Den behandling som dominerat de senaste decennierna är en kombination av stämningsstabiliserande läkemedel och psykosociala interventioner som psykoedukation om förebyggande vanor och att lära sig känna igen symtom (Goossens et al., 2008). Greenhouse et al. (2000) har dock tagit upp att medicinering och nya levnadsvanor inte alltid efterlevs av patienterna, vilket anses vara en svårighet vid behandling av målgruppen. Goossens et al. (2008) lyfter att det hos vissa individer finns en brist på insikt och acceptans kring sjukdomen samt en önskan att uppleva hypomanier som underminerar behandlingen.

Teorier om självet

Självet, jaget eller identiteten – begrepp som omskrivits av oräkneliga teoretiker. Här kommer endast ett fåtal av dessa konceptualiseringar, med tonvikt på psykoanalytiska, humanistiska och utvecklingspsykologiska synsätt, att tas upp som bakgrund till arbetets tematik. Utvecklingspsykologen Robert Kegan (1982) har med inspiration från Jean Piagets teorier om kognitionens utveckling beskrivit hur självet genomgår en konceptuell förändringsprocess under uppväxten. Kegan menade att det lilla barnet *är* sina sensationer och rörelser men att upplevelsen gradvis skiftar till att dessa objektifieras till någonting som barnet *har*, vilket skapar en ny subjektivitet. Barnet kan då enligt Kegan särskilja självet (me) från det som inte är självet (not me). Denna åtskillnad mellan subjektet och objektet (intryck och impulser) beskrivs ge upphov till en ökad stabilitet i självet än tidigare: "When I am subject to my impulses, their non-expression raises an ultimate threat; they risk who I am" (1982, s. 88). Att definieras av någonting kan alltså förstås som att vara beroende av dess närvaro för att bibehålla känslan av att vara sig själv. Meningsskapandet kring självet fortsätter enligt Kegan parallellt med åldrandet och kallas för en "meningens evolution". Varje kognitiv utvecklingssteg tvingar fram nya konceptualiseringar genom att aspekter (textens behov, relationer eller prestationer) som tidigare upplevts som delar av en själv differentieras och

förläggs utanför självet. Kegan menade att självet till sist definieras som ägaren och utföraren av upplevelser och handlingar snarare än av upplevelserna och handlingarna i sig, vilket ses som en stabilare definition. Likt andra utvecklingspsykologiska teorier poängteras att dessa utvecklingssteg hanteras på olika sätt av olika individer. Man anses därmed kunna ”fastna” i en tidigare utvecklingsfas så att man präglas av tankesätt som karaktäriserar den snarare än den fas man är i just nu.

Carl Rogers (i Koch, 1959), en av grundarna till den humanistiska psykologin, menade att vi strävar efter att uppleva självet som något positivt och att vi därför, efter att ha tagit in omgivningens åsikter, inte införlivar de negativa aspekterna av oss i självstrukturen. Rogers tänkte sig att vi har ett behov av att uppfatta självet som kongruent och att upplevelser som inte stämmer överens med vår självbild därför skapar obehag eller förnekas. Psykoanalytikern Paul Federn (1953) som grundade jagtillståndsteorin menade att individen drar en gräns mellan aspekter som upplevs jagdystona (jagfrämmande) och jagsyntona (överensstämmer med jaget). Edoardo Weiss skrev i förordet till Federns *Ego Psychology and the Psychoses* (1953, s. 5-6), att jaget både är något man förnimmer och samtidigt tar för givet så länge det fungerar som det ska: ”By the term ego feeling Federn gives expression to the fact that one’s ego is actually felt. (...) As long as the ego functions normally, one may ignore, or be unaware of its functioning. As Federn says, normally there is no more awareness of the ego than of the air one breathes; only when respiration becomes burdensome is the lack of air recognized.”

En aspekt som tagits upp av psykoanalytikern och objektrelationsteoretikern Donald Winnicott (1965) är självet som sant (autentiskt) eller falskt (förställt). Winnicott menade att möjligheten att uttrycka sitt sanna själv bygger på erfarenheten att de egna impulserna under barndomen blivit godtagna och speglade av omhändertagande vuxna. Dessa impulser är de genuina uttryck barnet visar såsom nyfikenhet, hunger, irritation eller rädsla och benämns med samlingsnamnet ”den spontana gester”. Om omgivningen har svårt att acceptera och ta hand om dessa spontana gester slutar barnet enligt Winnicott att uttrycka sitt sanna själv. Istället utvecklas ett falskt själv anpassat efter vad omgivningen klarar av att hantera, ett ideal baserat på andras krav och förväntningar som man strävar efter att leva upp till för att undvika skuld känslor gentemot andra. Det falska självet fyller enligt Winnicott en beskyddande funktion genom att se till att det sanna självet inte utnyttjas eller bestraffas. Denna tendens kan vara olika dominant och kan i det sanna självets tjänst fungera som ett sunt gränsdragande mot andra, ett uttryck för integritet. Winnicott ansåg att man periodvis kan behöva slippa sitt falska själv och skapa en fristad genom att dra sig tillbaka från omvärlden, gå in i en icke-kommunikation och släppa oron för andras känslor och åsikter. I ensamheten kan det sanna självet komma till uttryck och känna meningsfullhet och frihet. Föreställningar om andras krav och förväntningar på självet tenderar dock enligt Winnicott att förfölja och leva sitt eget liv inom en själv vilket försvårar känslan av frihet till och med i ensamheten.

Bipolär sjukdom och självet

Tidigare studier har påvisat att självkonceptet hos personer med bipolär sjukdom tenderar att präglas av en diskrepans som en effekt av de extrema stämningsslägena, både gällande hur det definieras och värderas av individen. Ak et al. (2012) har i en kvantitativ studie visat att bipolära patienter tenderar att ha både mer positiv och negativ självuppfattning än friska kontroller, något som håller i sig mellan skov. Manins överdrivet positiva självuppfattning har beskrivits som motsatsen till depressionens kognitiva stil som präglas av hopplöshet och negativ självbild (Mansell et al., 2007). Mansell et al. har skapat en kognitiv modell för bipolär sjukdom som går ut på att förändringar av stämningssläget tolkas på ett sådant sätt att det skapar en stark personlig mening för individen. Sådana tolkningar kan enligt författarna vara att

snabbare tankar under uppvarvning tyder på extrem intelligens eller att depressiva symtom gör att man ser sig som misslyckad i andras ögon. Mansell et al. menar att positiva tolkningar tenderar att trigga beteenden som bekräftar dessa tankar medan negativa tolkningar triggar handlingar som ska motverka de negativa tankarna, beteenden som i båda fallen anses förstärka dessa föreställningar om självet. Dessa skilda bedömningar av självet kan få personer med bipolär sjukdom att uppleva att självet i sig förändras med stämningsskiftningarna (Mansell et al., 2007). Kay Jamison (1995) skrev i linje med detta i sin självbiografi att skoven skapat en motstridig självbild – både en sprudlande, intelligent person och en grå mus - som hon haft svårt att försonas med.

Bentall et al. (2005) undersökte i en kvantitativ studie hur bipolära personers självuppfattning i olika tillstånd skilde sig från idealbilden av dem själva. Studien visade att de individer som var maniska eller hypomana vid mättillfället hade en större överensstämmelse mellan den aktuella självbilden och idealsjälvet, medan det var en betydande diskrepans mellan de depressiva patienternas aktuella självbild och idealet. Bentall et al. har föreslagit att maniska försvar (som omskrivits inom det psykoanalytiska fältet) skulle kunna fungera som ett sätt att temporärt förhindra medvetenhet om de negativa depressiva aspekterna av självbilden. På så sätt kan försvaret tänkas motverka negativa känslomässiga aspekter av diskrepansen i självbild (Bentall et al., 2005). Psykoanalytikern Nancy McWilliams (2000) menade att den hypomana personlighetens tendens att förlita sig på primitiva försvar som förnekande skapar en risk för upplevd identitetsupplösning eller fragmentisering. Greenhouse et al. (2000) har även lyft att de positiva känslor och den grandiositet som präglar hypomani och mani kan kopplas till en motvilja mot behandling av sjukdomen.

En kvalitativ studie av Inder et al. (2011) har bland annat lyft hur unga med sjukdomen haft svårt att utveckla ett sammanhållet självkoncept på grund av att tankar, beteenden och känslor skiftat periodvis, något som kan finnas med även i vuxen ålder. En deltagare i studien beskrev sig själv som en ”vågmaskin”, hon uttryckte att stämningläget skapade en fasad och kände att hon saknade en autentisk personlighet, en annan beskrev svårigheter att ”knyta ihop” sig själv (Inder et al., 2011). Studien av Inder et al. lyfte även deltagarnas olika förhållningssätt till diagnosen, där en ambivalens kring att se sjukdomen som en del av dem själva uttrycktes kunna riskera att ta över definitionen av vilka de var. ”If you don’t know who you are, it’s easy to stick one title on as your identity – like bipolar. It becomes your identity”, menade en deltagare (Inder et al., 2011 s. 431). Samtidigt menade samma person att hon inte skulle vara sig själv utan sjukdomen. Ännu en kvalitativ studie av Lobban et al. (2012) tog upp relationen mellan den bipolära sjukdomen och självet. Deltagarna i studien delgav olika perspektiv, där några såg sjukdomen som en självklar del av dem själva. Andra menade istället att sjukdomens extrema tillstånd kunde skapa en upplevelse av separata och väldigt olika själv, likt dr Jekyll och mr Hyde. En person i studien uttryckte att skoven fick honom att helt förlora sig själv: ”It’s finding who you are again after the illness or between the illnesses, that’s hard. Cos I don’t know if, for me, when I become ill, you lose yourself” (Lobban et al., 2012 s. 209). Denna deltagare såg, till skillnad från de övriga, sjukdomen som något separat från honom själv – *någoting* som *han* behövde hantera.

Syfte

Bipolär sjukdom beskrivs enligt tidigare litteratur kunna försvåra upplevelsen av ett sammanhängande själv vilket har uttryckts skapa en diskrepans som kan vara svår att leva med. Att öka kunskapen kring hur detta tar sig uttryck samt hur det upplevs och förstås av personer som har bipolär sjukdom är angeläget för kunna ge god behandling till gruppen. Tidigare studier har lyft att bristande sjukdomsinsikt och -acceptans inverkar på identitetsskapande och ökar

risk för återfall i skov. Med tanke på att personer med bipolär sjukdom beskrivits som svåra att motivera till behandling är det av vikt att utforska gruppens egna perspektiv på sin sjukdom. Kvalitativa studier har undersökt denna tematik tidigare, och min ambition har varit att bidra till tidigare kunskapsläge med föreliggande uppsats som har utforskat hur bipolär sjukdom upplevs fenomenologiskt, d.v.s. den livsvärld som sjukdomen skapar. Syftet med denna studie var att i relation till tidigare forskning idiografiskt undersöka hur ett fåtal personer upplever att deras bipolära sjukdom med dess olika stämningslägen påverkar självet. Utöver detta undersöktes frågeställningen hur deltagarna både förr och nu tänkt kring sig själva i termer av friskt och sjukt, samt vilka egna förklaringsmodeller som funnits för det egna fungerandet.

Metod

Forskningsdesign

För att undersöka studiens frågeställningar valdes metoden *Tolkande fenomenologisk analys* (IPA). Denna metod lämpar sig för att närma sig en förståelse för hur personer upplever och förstår ett fenomen som exempelvis sjukdom (Smith et al., 2009). IPA beskrivs av Smith et al. vila på två filosofiska grunder, fenomenologisk teori och hermeneutisk teori. Det fenomenologiska perspektivet syftar till att beskriva något så som det framträder för subjektet snarare än att försöka beskriva objektet i sig, eftersom det är genom vår varseblivning som vi kan nå kunskap (Smith et al., 2009). Den hermeneutiska teorin går ut på att kunskap om världen aktivt skapas genom våra tolkningar. Således skapas i tolkande forskning en dubbel hermeneutik, där deltagare i IPA-studien tolkar och skapar mening kring sina upplevelser och forskaren i sin tur tolkar det som deltagarna återger. En IPA-studie syftar inte till att nå objektiv kunskap om de undersökta fenomenen i sig utan att, med den egna tolkningen som redskap, försöka komma nära och förstå deltagarnas inifrånperspektiv. Tolkningarna betraktas som ett resultat av analysprocessen och blir därmed tillsammans med intervjuaterialet en del av data. Av detta skäl redovisas forskarens tolkningar explicit i resultatdelen. IPA-studien kombinerar en empatisk hermeneutik som syftar till att förstå hur det är att vara de personer som intervjuas med en kritisk hermeneutik där forskaren söker efter undertext i uttalandena. IPA har en idiografisk utgångspunkt vilket innebär att det inte görs anspråk på generella utsagor om den grupp eller fenomen som utforskas, utan det är de enskilda rösterna i sin specifika kontext som lyfts upp. Samtidigt är forskaren aktiv i kunskapsproduktionen och relaterar deltagarnas perspektiv både till sin egen förståelse och en större teoretisk kontext (Smith et al., 2009).

Deltagare

I en IPA-studie bör gruppen väljas ut noga för att passa undersökningen och vara så homogen som möjligt (Smith et al., 2009). För att uppnå detta beslutades om ett åldersspann på 25-40 år och att enbart inkludera personer med bipolär sjukdom typ II och utesluta bipolär sjukdom typ I och UNS. Samtliga skulle även ha haft sin diagnos i minst två år och ha kontinuerlig kontakt med psykiatrik samt behandlas för sjukdomen med stämningsstabiliserande medicin. Fem personer intervjuades i studien varav två identifierade sig som kvinnor, två som män och en som ickebinär. De var uppvuxna på olika orter i mellersta och södra Sverige, information om etnisk härkomst samlades inte in då det inte bedömdes relevant för studien. Åldern varierande mellan 29 och 39 år ($M = 34,6$ år). Vid tiden för intervjuerna var tre deltagare sjukskrivna, en arbetade deltid och en studerade. Alla utom en behandlades med stämningsstabiliserande medicin. Denna person bedömdes ändå lämplig för

studien då personen hade regelbunden kontakt med en psykiatrisk mottagning och i samråd med denna utformat andra strategier för att förebygga sjukdomsskov.

Tillvägagångssätt

Det är vanligt att använda sig av det egna kontaktnätet vid rekrytering av deltagare till IPA-studier (Smith, 2009). För att rekrytera lämpliga deltagare utformade jag ett informationsblad (se bilaga 1) om studiens ämne och med kontaktuppgifter till mig. Detta delades den 21/1 2022 på min Facebook-sida och vänner och bekanta ombads sprida informationsbladet till personer som kunde tänkas vilja vara med i studien. Sex personer hörde av sig via e-post varav en exkluderas då personen inte tillhörde målgruppen. När fem personer anmält sig avslutades rekryteringen då detta av Smith (2009) anses vara ett lämpligt antal för en studentuppsats. Ingen av deltagare var bekant sedan tidigare. Deltagarna lämnade samtycke genom att skriva under en samtyckesblankett före intervjun. Fyra intervjuer genomfördes med det digitala mötesverktyget Zoom och en intervju genomfördes på Psykologiska institutionen i Göteborg. Intervjuerna skedde i perioden 26/1-19/2 2022 och var mellan 80 och 130 minuter långa beroende på hur mycket personerna ville prata om ämnet. Samtalen spelades in med Zooms inspelningsfunktion respektive ljudinspelningsapplikation i mobiltelefon. Ljudfilerna transkriberades först med hjälp av Word 365:s verktyg och bearbetades därefter manuellt medan jag lyssnade på intervjuerna. Filerna raderades efter att materialet bearbetats.

Intervjuer

En semistrukturerad intervjuguide utformades utifrån Pietkiewicz och Smiths (2012) IPA-handbok med 17 öppna frågor (se bilaga 2). Före datainsamling påbörjades testades intervjuguiden på en bekant som tillhörde målgruppen varefter några av frågorna justerades. Varje fråga hade ett antal förslag på följdfrågor/prompts och utöver dessa fanns möjlighet att ställa andra följdfrågor som bedömdes relevanta i stunden. Frågorna handlade dels om deltagarnas *självbild/självupplevelse* i olika tillstånd, dels om hur de *tolkat och förstått* sin sjukdom under olika skeden i livet. Ett exempel på intervjufråga var ”Vem blir du när du är uppvarvad?” och prompts kunde vara ”Kan du beskriva hur det är inifrån (exempel på hur du tänker, känner, agerar)?” eller ”Hur ser du på den personen idag?”. Syftet med följdfrågorna var att belysa hur ett fenomen kan te sig från flera perspektiv – inifrån, utifrån, då och nu. För att fördjupa ställdes ofta frågor som ”på vilket sätt?” eller ”vill du utveckla det?”. Frågorna ställdes sällan ordagrant enligt intervjuguiden och ordningen efterföljdes inte exakt då deltagarna ofta kom in på senare frågor tidigt i samtalen.

Analys

Data bearbetades i enlighet med IPA såsom metoden beskrivs av Smith och Larkin (2009) och utifrån en induktiv ansats, det vill säga inget specifikt teoretiskt ramverk applicerades på förhand för att tolka materialet. Transkripten analyserades noggrant ett och ett för att till sist jämföras med varandra. I IPA pendlar forskaren mellan att studera delarna och helheten, tolkandet av sambanden mellan dessa kallas för den hermeneutiska spiralen och fördjupar förståelsen av materialet. Varje intervju analyserades i ett flertal steg som syftade till att fördjupa förståelsen för personens perspektiv. Det första steget var att läsa igenom transkriptet och lyssna på intervjun samtidigt som initiala reflektioner antecknades i marginalen

på Word-filen genom att använda kommentarsfunktionen. Därefter skrev jag ned en sammanfattning av intervjun för att skapa en helhetsbild av deltagarens berättelse. Sedan återgick jag till transkriptet och kommenterade intervjuens delar utifrån tre olika abstraktionsnivåer som ytterligare fördjupade tolkningen. Dessa tre nivåer var deskriptiv (kommentarer som beskrev textens innehåll), lingvistisk (kommentarer om intressanta språkliga detaljer, pauser eller gester) och konceptuell (kommentarer om textens underliggande meningsinnehåll) (Smith & Larkin, 2009). Se tabell nedan för exempel på analysprocessen av ett intervjuцитат. Därefter gick jag igenom transkriptet igen och gav sammanfattande kodnamn åt de olika meningsbärande citaten i intervjun. Koderna var textnära, ett exempel på kod kunde vara ”Strategi: kämpa på med tunnelseende”. I tabellen nedan visas ett exempel på hur ett citat bearbetats under analysen från deltagaren ”Alex” intervju. De utforskande kommentarerna är skrivna i fetstilt text som anger initial kommentar, kursiv text som anger lingvistisk kommentar och understruken som anger konceptuell dito. Exemplet innehöll inte deskriptiv kommentar.

Tabell 1.

Exempel på analysprocess:

Citat	Utforskande kommentarer	Kodnamn
Jag har upplevt att jag har varit väldigt frånvarande och att jag sårat folk och då är det väl någonting jag har försökt, kanske inte ta igen men ta ansvar för i alla fall. Ja bara såhär markera att nu är jag här igen och jag vill vara här igen om jag får.	<p>Ta ansvar i relationer genom att kompensera för att ha sårat. Ett sätt för A att leva upp till bilden av sig själv som en bra vän, eller vara den vän den vill vara?</p> <p><i>”Om jag får”, risk att A inte får komma tillbaka igen?</i></p> <p><u>Sjukdomen som ett hot mot relationernas beständighet. Skuld och risk att bli övergiven verkar leda till kompensatoriska beteenden</u></p>	Kompen-serar för att skapa stabilitet i vänskap

Alla koder kopierades över till en kronologisk lista i ett nytt word-dokument som skrevs ut och klipptes till lappar som grupperades till teman med hjälp av tekniker som Smith och Larkin (2009) kallar för abstraktion (koder som berör samma fenomen läggs samman till ett övergripande tema) och kontextualisering (koder grupperas baserat på tidpunkt eller sammanhang i narrativet). När huvud- och underteman för den första intervjun utformats gick jag över till nästa intervju och genomförde samtliga steg i analysen på den. Jag försökte att som Smith et al. beskriver se varje transkript i sin egen rätt och göra unika analyser snarare än söka likheter mellan deltagarna i detta skede. Tematisering av varje intervju ordnades i varsin tabell. När alla intervjuer analyserats skrevs alla fem tematabeller ut och jämfördes mot varandra för att skapa övergripande teman för hela gruppen. Tabellerna klipptes isär och delarna flyttades runt för att grupperas till nya teman med hjälp av teknikerna abstraktion och kontextualisering som tidigare. Teman som återfanns hos minst tre av personerna behölls medan resten kasserades. På så sätt skapades en ny helhet av samtliga deltagares teman. Huvud- och underteman för samtliga deltagare organiserades i en mastertabell som redovisas i resultatdelen.

Etiska överväganden och reflexivitet

Då denna studie handlar om psykisk sjukdom och därmed behandlar känsliga personuppgifter skickades en etikdeklaration tillsammans med planeringsrapport in till kursansvarig som godkände studiens upplägg. Då frågorna i intervjuguiden berör sjukdom och upplevelser av svåra perioder i livet var det av vikt att skapa en trygg miljö för dessa ämnen att utforskas i, tydliggöra att man inte behövde svara på några frågor samt säkerställa att deltagarna

var tillräckligt psykiskt stabila för att delta. Av detta skäl var ett inklusionskrav att ha kontakt med psykiatrin och behandlas för sin sjukdom. Jag har förhållit mig till Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer under arbetet med studien. Vetenskapsrådet har formulerat fyra huvudkrav på humanistisk forskning, dessa benämns informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Studien beaktade informationskravet genom att i det informationsbrev (bilaga 1) som skickades ut vid rekrytering beskriva studiens syfte samt att deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Samtyckeskravet beaktades genom ett skriftligt samtyckesavtal som skickades ut och skrevs på före intervjuerna. Deltagarna fick veta att de kunde avbryta sin medverkan när som helst under processen. Studien tog hänsyn till konfidentialitetskravet genom att deras identitet skyddades i största möjliga mån, deras citat anonymiserades och intervjumaterialet lösenordsskyddades.

Smith och Larkin (2009) har lyft att IPA-studier till sin karaktär är subjektiva på så vis att deltagares subjektiva perspektiv såväl som forskarens subjekt och förförståelse kommer fram i materialet. Det är enligt Willig (2008) av vikt att vara medveten om hur man som forskare påverkar studien och att fenomenen som studeras aktivt tolkas under hela processen. Bakgrunden till denna studie är ett mitt eget intresse för bipolär sjukdom och en önskan att utforska psykologiska aspekter av sjukdomen på ett mer fördjupat sätt än vad som gjorts inom ramen för psykologprogrammet. Som såväl Smith som Willig har framhållit så präglas både intervjuerna och mina tolkningar av data av mitt intresse och tidigare kunskap i ämnet. Jag har som psykologstudent och efter praktik på en vuxenpsykiatrisk mottagning kliniska perspektiv som gör att jag även kan sätta mig in i vårdens syn på bipolär sjukdom, vilket kontrasterat mot deltagarnas berättelser.

Studiens resultat har utöver kopplingar till samtida forskning om ämnet främst diskuterats utifrån en psykoanalytisk referensram. Valet av teorier baseras på tidigare kunskap och preferenser och kan inte ge en heltäckande förståelse för fenomenen som avhandlas utan representerar endast ett specifikt sätt att förstå materialet. I enlighet med IPAs hermeneutiska förhållningssätt finns ingen definitiv slutpunkt där data är helt färdigtolkad (Smith och Larkin 2009). Därför kan andra teoretiska perspektiv än vad som rymts i föreliggande studie ytterligare tänkas fördjupa förståelsen och lyfta fler aspekter av materialet.

Resultat

Syftet med studien var att undersöka hur personer med bipolär sjukdom typ II upplever att sjukdomen påverkar självet samt vad de har och har haft för förklaringsmodeller kring sitt fungerande. Resultatet av intervjuerna delades in i fyra huvudteman med 2-3 underteman vardera vilket presenteras i Tabell 2 nedan. Huvudteman fångar in övergripande fenomen i materialet medan underteman skildrar olika aspekter av dessa fenomen. Resultatet är idiografiskt och gestaltar deltagarnas skilda upplevelser av och känslor inför samma fenomen, men även likheter mellan deltagare lyfts upp. Deltagarna tilldelades pseudonymer som de hädanefter kommer att kallas. De två männen kallar jag för Emil och Jonas (pronomen han), de två kvinnorna för Helga och Lisa (pronomen hon) och den ickebinära deltagaren för Alex (pronomen den).

Tabell 2.
Översikt över teman:

Huvudteman:	Underteman:
1. Skiftande tillstånd, föränderligt själv	1.1 <i>Bägaren rinner över – det hypomana självet</i> 1.2 <i>Detta värdelösa skal är inte jag – det deprimerade självet</i> 1.3 <i>Ett förväntat normaltillstånd – det stabila självet</i>
2. Att hantera det man inte vet	2.1 <i>Överlevnad går före förståelse</i> 2.2 <i>Kompensera för den man är</i>
3. Sjuk i andras ögon	3.1 <i>Får självet plats i psykiatrin?</i> 3.2 <i>Identifikation med förbehåll</i> 3.3 <i>Skydda sig själv – ett diffust stigma</i>
4. Förstå sig själv på det sätt som hjälper en	4.1 <i>Om vi nu säger att det är en sjukdom</i> 4.2 <i>Fri från skuld?</i> 4.3 <i>Göra som man själv vill – en förvirrad frihet</i>

1. Skiftande tillstånd, föränderligt själv

Detta huvudtema skildrar deltagarnas upplevelser av och syn på sig själva i de olika tillstånd som ingår i symtombilden för bipolär sjukdom typ II: hypomani, depression och stabilitet. Det första undertemat *Bägaren rinner över – det hypomana självet* skildrar hur självet påverkas av uppvarning och temanamnet syftar på den känsla av överflöd på gott och ont som framkom i intervjuerna. Det andra undertemat *Detta värdelösa skal är inte jag – det deprimerade självet* handlar om hur depression upplevdes utarma självet och kunde skapa ett främlingskap inför dem själva. Det tredje undertemat *Ett förväntat normaltillstånd – det stabila självet* handlar om känslor av att både längta till och bort från stabilitet.

1.1 *Bägaren rinner över – det hypomana självet*

De positiva och negativa sidorna av hypomanin fanns hela tiden sida vid sida under intervjuerna och kämpade om uppmärksamheten. Detta ämne väckte under samtalen motstridiga reaktioner hos flertalet deltagare, från stora skratt och komiska anekdoter till tystnader och sänkta blickar. Hypomani var för alla deltagare förknippat med positiva minnen och känslor, Alex beskrev det leende som ”*jävligt najs*”, och Emil det som ”*superhärligt*”. Känslan när vi pratade om hypomanins positiva aspekter var bubbli, nostalgisk och lite nöjd. Tillståndet kopplades till en upplevelse av att vara levande och fri, Jonas berättade att hans första hypomani fick honom att känna att det var så livet skulle vara: ”*Det var ju också liksom bara en känsla av befrielse eller frihet (...) Det här är livet*”. Hypomanin beskrevs inte bara som ett positivt tillstånd utan också något som gav deltagarna en känsla av att vara mer sig själva än vanligt på så sätt att deras positiva egenskaper förstärktes. Med Alex ord så gör hypomani att man blir sig själv gånger tusen och glömmer sina svagheter.

Effekten av detta mångfaldigande av de positiva sidorna beskrevs av deltagarna som att de känner sig roligare, mer attraktiva och utåtriktade. Emil berättade om en känsla av att vara mer omtyckt och kunna ta över ett rum på ett annat sätt än annars. Den ökade självkänslan uttrycktes av Helga också kunna leda till en känsla av att nästan vara odödlig med tankar om att kunna flyga, och Jonas sa att han känt sig oslagbar, mer kreativ och mer begåvad än andra. Alex beskrev att den upplevt att den funnit meningen med livet och velat förmedla den till alla

andra. Den skrattade innan den sa: ”Jo... jag... och jantelagen sitter i mig lite, men jag tänkte, jag har tänkt i alla fall att jag är otroligt speciell och intelligent att jag ska göra stor skillnad i världen... eh, ska bli en känd forskare och stor konstnär”. Alex användande av ordet ”jantelagen” ser jag som talande för diskrepansen mellan hypomanin, där någon sådan självkritik inte är närvarande, och idag, då Alex ser sitt dåvarande jag utifrån. Berättelserna övergår på det här sättet i vad Jonas kallade för ”bakfylla”, en eftertankens kranka blekhet där deltagarna i många fall insett att de i euforin handlat på sätt som fått negativa konsekvenser för dem själva och andra. Jonas lyfte att han sårat andra genom att impulsivt avsluta och inleda romantiska relationer och Helga berättade om liknande upplevelser samt en tendens att impulsivt ”trycka till” vänner i hypomani. De dubbla känslorna kring hypomanin beskrivs i följande citat, där Helga funderar högt kring varför hennes självbild i stor utsträckning är präglad av hennes hypomana sida:

Det kanske är att jag vill mer identifiera mig med det (paus, döljer ansiktet med händerna). Men det är nog inte så, jag tror att det är liksom är... (ser sig omkring) (...) Men jag tror att det är liksom väldigt mycket både och. Att jag inte (paus, ser rakt framför sig)... Men man önskar ju att man skulle kunna ha någon typ av liksom kontroll (ler) i det hypomana tillståndet liksom. Då hade det ju vart (skratt) det ultimata sättet att leva på liksom. (Helga)

I detta citat syns ambivalensen kring hypomanin som återkommer i intervjuerna. Tystnaderna, den vandrande blicken och de oavslutade meningarna tyder på att det fanns någonting med att identifiera sig med den del av sig själv som ställt till det och sårat andra, som hon inte verbaliserade. Stämningen under intervjun skiftade från uppgivenhet till uppsluppenhet vid tanken på att lyckas få kontroll över hypomanin och på så sätt kunna få leva det liv som Helga, men också andra deltagare, beskrev som ”att leva fullt ut”.

1.2 Detta värdelösa skal är inte jag – det deprimerade självet

Det depressiva tillståndet förknippades för deltagarna med känslor av hopplöshet och meningslöshet och en mycket mörkare syn på dem själva och deras förmågor än annars. Alex, Helga och Emil använde ordet värdelös för att beskriva hur de såg på sig själva. Lisa uttryckte att det är svårt att tycka om sig själv i depression och Jonas menade att ingen uppskattar att vara med någon som är deprimerad. Många tog upp att det är diskrepansen mellan depressionen och hur de brukar vara, eller framför allt hur de *vill* vara, som skapar den negativa självbilden. Alex uttryckte att den uppfostrats till att göra rätt för sig, ta hand om andra, ha koll på läget och vara den som fixar. I det deprimerade tillståndet, menade den, försvinner de egenskaper som gjort detta möjligt vilket då lett till en känsla av att inte veta vem den är längre. Jonas uttryckte en känsla av att inte känna igen sig själv så som han brukade se sig: ”Nej, men jag tror att vara passiv är nog det som jag minst förknippar med mig själv och för mig är depression att vara liksom väldigt, väldigt passiv”. Han menade därför att han inte ”är sig själv” i depression. Man kan tolka deltagarna som att bli något man inte vill vara verkar skapa en känsla av att inte vara sig själv. Den här skarpa kontrasten mellan det deprimerade självet och deltagarnas ideal kunde skapa ett starkt obehag, förvirring och främlingskap. Främlingskapet inför sig själv kopplades också av vissa deltagare till upplevelsen av att vara tömd på sina vanliga känslor och tankar så att det inre blev något helt annorlunda och skrämmande, vilket lyftes av Jonas och Lisa. Alex använde ordet ”husk” eller skal för att beskriva hur detta känns. Lisa delade ett minne från sin första depression som skedde på en resa:

Det var så vackert, men jag kunde inte se det vackra och det var jätte, jag tyckte var läskigt liksom att... jag var i allt det vackra men jag kunde liksom inte

uppleva det. Och då... det var något som var också svårt med det. Och allt inombords var så liksom dött, ja... så. Och så är den här rädslan samtidigt alltså att jag kände verkligen inte igen vad som... vad är det här som händer nu? (Lisa)

Lisa använde här ordet dött för att beskriva upplevelsen av att inte ha tillgång till en känsla hon visste att hon brukade kunna känna, kanske *borde* känna. Även Alex kopplade det tömda självet till död, då den uttryckte att den efter att ha förlorat allting "redan var död". Efter deltagarnas beskrivningar av det hypomana tillståndet som att vara extra levande framstår depressionens koppling till inre död som en mörk spegelbild. Lisas citat med ord som "svårt", "rädsla", "kände verkligen inte igen" och "vad är det som händer nu?" ger en känsla av en obegriplig situation som inte går att få ihop eller stå ut med. Generellt beskrev alltså deltagarna depression som ett tillstånd som inte är dem, ett tillstånd som är så främmande, obehagligt och långt från självbilden att det inte går att relatera till. Helga delgav även en upplevelse av att känna sig främmande inför sig egen kropp. Hon berättade att hon kunnat stå framför spegeln få en överklig känsla av att hennes kropp inte var hennes egen, att den upplevts som ful, äcklig och gett henne krypningar i kroppen. Helga illustrerade detta med skrämmande inandningar och skruvade på sig. En upplevelse som stod ut från övriga deltagare uttrycktes av Emil, som istället identifierade sig med sitt depressiva själv med motiveringen att han oftast "mår risigt".

Alltså, jag har väl... jag tror att jag snarare har väl egentligen kanske synen på att jag är mer depressivt lagd. Den har jag. Jag tänker att för mig är inte livet, det är ingen... det är inte så himla roligt, och för vissa av oss så är det ju så. Och så är det andra som tycker att livet är asnajs. (rycker på axlarna) Man är olika där. (Emil)

Trots att han liksom de andra upplevde depression som ett tillstånd där självbilden är mycket mer negativ blev detta inte en motsättning mot att införliva detta i självbilden. Hans resonemang skilde sig från de andras, på så sätt att det tillstånd som förekommer störst del av tiden också präglar självet mest.

1.3 Ett förväntat normaltillstånd – det stabila självet

För att kunna beskriva sig själv som stabil måste man först reda ut vad stabilitet innebär och om det är något man faktiskt upplever. För deltagarna var detta, för alla utom Jonas som sa att han inte haft skov på många år, inte en så lätt fråga. Emil sa att han inte så ofta upplever sig symtomfri men ibland är mer neutral och Alex berättade att den nu varit symtomfri i två år, men att den innan dess hade mycket korta stabila perioder. Lisa uttryckte det som att hon var som en kam, den ser jämn ut på avstånd men går väldigt mycket upp och ner om man synar den och även Helga uttryckte att hon oftast pendlar. Deltagarna uttryckte olika känslor kring det stabila läget. Alex och Jonas förknippade stabilitet med att vara i kontakt med de sidor de tycker om hos sig själva, vilket för dem båda var ett starkt engagemang i saker och relationer, kreativitet och driv. Jonas uttryckte det som att: "Jag känner mig ju frisk. (...) Utanför skoven då är jag mig själv och då är jag frisk". Han syftade här specifikt på depressiva skov. Hos både Jonas och Alex fanns en tendens att beskriva sitt stabila själv tämligen likt det hypomana, men mindre kraftigt. Emil menade att han på ett sätt ville identifiera sig med sin stabila sida, men att det nog mest berodde på att det är en skön känsla och något han längtade efter snarare än att det faktiskt *var* han.

Den Emil är lugn, alltså så hära, lugn inom mig, så. Att man inte har någon någonting i bröstet, som... (...) Och då, när jag när jag inte har det utan kan vara

helt lugn, det är väl då jag känner mig så hära rofylld och jag känner mig så här, det här är najns, liksom typ så. (Emil)

Det fanns en känsla av lättnad och tacksamhet när Emil talade om de här lugna perioderna. Trots att de inträffar så pass sällan beskrev han dem som ett slags normaltillstånd för honom. Glädjen över att få uppleva stabilitet efter mycket turbulens uttrycktes också av Alex, som sa att den som yngre tagit drivet och intresset som stabiliteten ger för givet men nu kände tacksamhet över de känslorna. Även Helga talade om en längtan till stabilitet och lugn, men hos henne fanns en ambivalens kring tillståndet. Hon uttryckte att det stabila tillståndet också med uttråkning och gav en känsla av att behöva kasta sig ut: ”Det var lite så där som att det var så dära grått, (...) amen jag var nog sjukt rastlös, kanske lite som att jag konstant då har någon typ av depression”. För Helga blev det stabila inte en lättnad utan en känsla av avsaknad av det som gör livet härligt. Även Lisa lyfte en tendens att söka äventyr och gå in i saker intensivt som kan tolkas som en längtan bort från det stabila. Det stabila tillståndet beskrivs alltså av deltagarna både som något som man strävar efter men som också väcker blandade känslor. Jonas, Alex och Emil ville gärna identifiera sig med det stabila självet medan Lisa och Helga tycktes identifiera sig mer med att vara skiftande och en vilja att nå känslomässiga höjder. Alex beskrev dock stabiliteten som lik hypomani, och Jonas talade om den som innefattande hypomani, vilket tyder på att det stabila tillståndet verkar upplevas kvalitativt olika. Huruvida deltagarna hade en negativ eller positiv inställning till stabiliteten tyckes avhängigt om den upplevdes ligga närmre en depressiv eller närmre en uppvarvad sinnesstämning.

2. Att hantera det man inte vet

Detta tema handlar om deltagarnas egen förståelse för och tankar kring sitt tillstånd (i praktiken ofta avsaknad av tankar kring tillståndet) innan dess att de fick diagnosen bipolär sjukdom typ II. Undertemat *Överlevnad går före förståelse* beskriver hur det är att inte veta varför man fungerar som man gör men hitta sätt att hantera sitt mående och ta sig framåt. Undertemat *Kompensera för den man är* handlar om deltagares upplevelser av att attribuera aspekter av sjukdomen till sig själva samt känslor av att behöva kompensera för detta.

2.1 Överlevnad går före förståelse

Många av deltagarna lyfte att det varit svårt att förstå sitt mående innan de fick diagnosen. Alex uttryckte att själva instabiliteten i sig gjorde det svårt att reflektera över sin situation: ”Jag hade förlorat tillgången till det mesta av mig själv, och de stabila perioderna jag hade det rörde sig om max två månader, så jag hann inte riktigt reflektera över vem jag var då egentligen utan då var det bara överleva”. För Alex och Helga skapade erfarenheten av att ha upplevt flera skov dock en känsla av mönster. För Alex ledde detta till en rädsla för att det skulle ”gå åt helvete” igen medan Helga menade att hon försökt lösa situationen snarare än tänka kring den. Emil sa att hans första erfarenheter av att gå från hypomani till depression från en dag till en annan upplevts som väldigt konstiga men att han bet ihop och ”körde på”. Både Helga och Emil menade att de inte haft något stort behov av att förstå sitt mående. Med tiden växte dock förklaringen att det rörde sig om ”något depressivt” fram hos Helga, Lisa, Jonas och Emil. För Lisa och Jonas var föräldrarna en resurs som kunde informera om och stötta kring psykisk ohälsa. Lisa uttryckte dock att det inte var till så stor hjälp när hon själv blev deprimerad att hennes mamma berättat om egna erfarenheter. För Alex var familjen snarare något som upplevdes försvåra en förståelse i och med den tystnadskultur som rådde kring släktmedlemmars psykiska ohälsa.

Brist på representation kring bipolär sjukdom som deltagarna kunde känna igen sig i togs också upp av ett par av deltagarna. För Lisa handlade det länge om att hon enbart haft

depressiva skov och därför inte såg diagnosen som passande för henne. Helga uttryckte att hon som yngre inte kunnat spegla sig i den bild hon hade av bipolär sjukdom eftersom hon inte hade så allvarliga problem som hon tänkte att man skulle ha för att få diagnosen.

Det man har hört om så bipolär eller folk med såhär, då är det ju liksom då ska man ta livet av sig eller man ska typ få psykoser. (...) Jag hade en (släkting) som, ja men, alltså verkligen bipolär I och typ sålde allting och skulle dra och missionera. (...) Åkte in på liksom psyket, så det var liksom så här... Det typ är att vara bipolär och jag är ju liksom inte *där* och då... Att det är liksom lite den uppfattningen man har om bipolär sjukdom och jag också hade det liksom så att därför så reflekterade jag liksom aldrig över det. (Helga)

Vissa tillstånd beskrevs av deltagarna skapa mer funderingar. När Lisa hörde som "en radio i huvudet" eller när Helga fick minnesluckor när hon fått för mycket intryck under resor väckte detta frågor om vad som hände med dem, men också en känsla av att inte vilja prata med någon om det. Lisa berättade att det trots en känsla av att något inte stämde fanns en motvilja mot att veta vad hon var med om.

Jag tyckte att det var lite jobbigt liksom, att inte veta vad det här var för något och om det är något. Ja det var... samtidigt som jag skrämdes liksom för att ta tag i det, tror jag. (...) Det är väl också säkert någon typ av känsla av någon inspärning liksom eller någon, alltså inspärning här inne (pekar på huvudet) tänker jag alltså. För att det har alltid varit ett dilemma för mig, liksom. Jag tänker att ja när något är bestämt, då är det så. Därför är det ibland för mig skönt att inte veta. (Lisa)

För Lisa blev både att inte veta och en eventuell vetskap en källa till obehag. Hon uttryckte att det kunde vara skönare och friare att känna sig lite suddig i konturerna än att ge något ett bestämt namn och att hon därför undvek att ta reda på vad som hände med henne. Jag tolkar hennes uttalande om risken för inre inspärning om hon fått reda på vad som hände med henne som att det i så fall inte skulle finnas någon återvändo, att hon inte skulle kunna "oveta" det hon fått veta.

2.2 Kompensera för den man är

Några av deltagarna berättade om erfarenheter av att attribuera olika aspekter av sjukdomen till sin egen person innan de fick sin diagnos, vilket uttrycktes vara på gott och ont. Helga beskrev att hon hade en känsla av att vara "något annat" än andra snarare än att tolka det som del av en sjukdomsbild, vilket för henne också kunde upplevas som positivt i och med de uppvarvade känslorna: "Jag tror att jag, liksom när jag var där trodde jag väl typ såhär att ja men jag är ju speciell. Jag har ju de här typ superkrafterna, jag kan göra vad som helst liksom". Alex mindes att den inför sig själv förklarar riskabla beteenden under hypomana skov med att den var lite konstig eller fick lite tokiga idéer ibland. Jonas beskrev hur hypomanins impulsivitet och starka känslor förr attribuerades till den egna personen och att detta fick honom att känna att han inte kunde ha kärleksrelationer på samma sätt som andra.

Då var det... det var väldigt smärtsamt för då kände jag verkligen att det var något fel på mig. Att jag framförallt kände mig som en väldigt, väldigt dålig och hemsk människa. (...) Nä men jag liksom hade många olika partners. Jag tror att jag ändå hade vett nog liksom att göra slut med folk innan jag gick vidare, men det var ändå... ja, det var väldigt många människor som jag behandlade illa. Och det kände jag verkligen var jättejobbigt och att är jag en sån här människa, är jag

en skitstövel? (...) Jag började där någonstans fundera på liksom, okej det här... för jag är ju ändå i grunden en bra människa. Jag bryr mig om människor. Jag hade ju jättedåligt samvete, bara det liksom. Så då började jag ändå tänka såhär men kan jag ha några strategier liksom för att det inte ska bli såhär? Så under ganska långt tag så var jag ju liksom poly som ett sätt att hantera det här. Jag slutade ha monogama relationer. För det är ändå, blev ändå lite bättre i alla fall. (...) Då var det ju för att hantera att jag kanske var en dålig människa.... (Jonas)

Beteenden som sårande andra blev som jag förstår Jonas en kontrast mot hans självbild som någon som brydde sig om andra vilket fick honom att se sig själv som en dålig och hemsk person. Han uttryckte att den uttänkta strategin att leva polyamoröst var ett sätt undvika att såra och på så sätt kompensera för känslan av att vara dålig snarare än ett livsval han själv önskade. Detta sätt att hantera hur han fungerade var förenat med sorg och smärta, och tycks som jag tolkar det ha kunnat mildra konsekvenserna av att vara som han var men inte ta bort upplevelsen av att "vara en skitstövel". Även Helga berättade om svårigheter att ha romantiska relationer innan hon fick diagnosen eftersom hennes starka känslsvängningar inte riktigt fick rum att levas ut i en parrelation och hon menade att detta kunde skapa en känsla av instängdhet. Hon sa att hon kunde känna sig uttråkad av kontinuiteten i en parrelation och vid ett tillfälle gjort slut för att kunna åka på festival och träffa andra. Helga mindes att hon kunde känna sig avundsjuk när kompisar pratade om sina pojkvänner men förstod samtidigt inte hur man gjorde för att bibehålla en romantisk relation och tillgodose sina egna starka känslomässiga behov. "Jag har haft väldigt mycket sexuella relationer (...) för att det där att så mycket typ kompromissa med sina egna behov när man är i en relation har jag upplevt att det liksom är typ det man måste göra".

För Alex blev de återkommande skoven under många år något som fick den att känna sig dålig. Den berättade att den alltid försökt kompensera för sin sjukdom och att den tänkte att de återkommande depressionerna måste bero på att den var svag.

Jag var så himla fokuserad på att bara göra rätt. (...) Jag förstod inte varför jag blev deprimerad om jag åt bra, sov rätt, tränade regelbundet, tvingade mig ut ur huset, körde exponering, läste på på egen hand. Ja... Jag gjorde allt jag kunde komma på för att jag skulle må bra och det hjälpte inte för att jag blev deppig igen. Ja, och då var det ju mitt fel, tänkte jag då. (Alex)

Den bipolära problematiken blev för Alex, Helga och Jonas något som före diagnosen kopplades samman med dem själva och fick dem att känna sig annorlunda eller dåliga. Ett sätt att förstå detta kan vara att känslor, tankar eller beteenden som upplevts negativa, men inte gått att göra något åt fastän deltagarna försökt, tolkats som delar av dem själva vilket i vissa fall skapat smärtsamma känslor.

3. Sjuk i andras ögon

Detta huvudtema berör deltagarnas erfarenheter av att bli betraktade som sjuka, både i vårdsammanhang och av personer i deras omgivning. Undertemat *Får självet plats i psykiatrin* handlar om kontakt med psykiatrin under tiden innan deltagarna fick diagnosen bipolär sjukdom typ II. *Identifikation med förbehåll* skildrar hur det upplevdes att få diagnos och behandling. *Skydda sig själv – ett diffust stigma* handlar om erfarenheter av att vilja motbevisa fördomar och dölja sig själv från andras blick.

3.1 Får självet plats i psykiatrin?

Alla fem deltagarna berättade att de under åren innan de fick sin bipolära diagnos varit i kontakt med psykiatrin. Lisa och Helga återgav korta kontakter med personal som de inte upplevde som respektfulla. Helgas mamma tog med henne till psykiatrin under en depression i tonåren och föreslog under mötet att Helga skulle delta i en konstnärlig rehabiliteringsverksamhet för vuxna. Detta gick personalen inte med på om inte Helga började äta antidepressiv medicin, vilket varken Helga eller hennes mamma ville. Helga uttryckte att det känts fruktansvärt, som att psykologen inte tagit henne på allvar utan sett henne som en ”skoltrött ungdom” och hon gick inte tillbaka dit. Även Lisa delgav minnen av att inte gå tillbaka till psykiatrin efter första mötet. Hon hade blivit rekommenderad att utredas för bipolär sjukdom, men när detta inleddes upplevde hon att läkaren var oprofessionell och gick över hennes gränser när han ställde frågor. I Lisas och Helgas berättelser fanns en känsla av att psykiatrin inkräktade på deras integritet genom att tvinga sig på med frågor som upplevdes obehagliga eller tvinga till oönskade lösningar. Lisa och Helga använde distanserade ord som ”gubbig”, ”jättekonstig” och ”den här människan” för att beskriva läkarna och psykologerna. Ordvalen kan tolkas som att bemötandet de fick från personalen fick Helga och Lisa att känna att personalen inte relaterade till dem på ett sätt som kändes bra, vilket gjorde det svårt för Helga och Lisa att relatera till dem. Lisa sa att hon inte alls känt något förtroende för sin läkare och Helga uttryckte att hon inte känt att hon kunnat berätta hur hon kände för psykiatrin, utan hon fick bära det själv. Jag tolkar dessa berättelser som att mötet med psykiatrin blev en krock mellan personalens perspektiv och deltagarnas individualitet, där ett sätt att få behålla den egna agensen blev att aktivt ta avstånd från vårdens blick och lösningar. Alex mindes hur det första mötet med BUP hade fokus på dens brister. Detta fick Alex att känna sig reducerad till sina brister och skapade en stark drivkraft att motbevisa den bilden genom att vara perfekt på de områden den kunde kontrollera. Detta kan i linje med Lisas och Helgas berättelser ses som ett sätt att ta avstånd från psykiatrins blick på och definierande av en själv.

Emil, Alex och Jonas hade lite längre kontakter med psykiatrin innan de fick sina diagnoser. Jonas beskrev hur han under en depression i gymnasiet fått hjälp av sina föräldrar att kontakta BUP och där under flera år gick i psykodynamisk behandling och fick prova olika antidepressiva och ångestdämpande mediciner men att detta bara hade en synbar effekt då skoven kom tillbaka. Även Emil uttryckte att han gick till psykologer och testade antidepressiva utan framgång, att medicinerna snarare gjorde honom svajigare. För Jonas skapade den framgångslösa behandlingen en känsla av hopplöshet och rädsla att vara ett av de fall som var bortom all hjälp. Hotet från de återkommande depressionerna förmörkade även de stabila faserna och han upplevde att livet inte var värt att leva om det inte gick att lösa. För att hantera hopplösheten började Jonas söka information på internet och la fram egna teorier för personalen på BUP om att han kunde tänkas ha bipolär sjukdom typ II eller ADHD – bägge två diagnoser som han har idag. Jonas berättade att psykologer och läkare såg dessa förklaringar som ”trams”, ryckte på axlarna och genomförde några tester som rann ut i sanden. Detta gav honom känslan att det varit fel av honom att söka information själv, att BUP såg hans egna initiativ som ett problem. Här syns en kollision mellan patientens individualitet och psykiatrins syn på vilken förklaring och behandling som är mest lämplig. För Jonas blev dokumentären ”Stephen Fry: The Secret Life of the Manic Depressive” (2006) det som till sist gjorde honom säker på att han hade bipolär sjukdom. Jonas berättade att hans psykolog återigen avfärdade tesen och tolkade Jonas identifikation med dokumentären som ett tecken på att han trängde bort en homosexuell läggning eftersom Fry är öppet gay (Jonas hade tidigare pratat om sin bisexualitet i terapi).

Alex beskrev psykiatrin som en plats där den under många år kände sig felspeglad och blev förvirrad kring vem den var. Den fick initialt diagnosen borderline (idag oftare kallat EIPS, emotionellt instabilt personlighetssyndrom), en diagnos som den inte kände igen sig själv i och som även upplevdes leda till dåligt bemötande från personal. Den samtalade också med andra

psykiatripatienter som den menade hade "blivit sina diagnoser" på så sätt att de identifierade sig med sina sjukdomar och begränsade sina liv i enlighet med dem. Detta tyckte Alex verkade vara fruktansvärt och var något den själv inte ville vara med om. Dessa erfarenheter skapade en djup förvirring och en identitetskris som, trots att den var smärtsam, blev startskottet till att söka information själv.

Det hade också några positiva effekter, för då spenderade jag ett halvår med att läsa om borderline och fick insikt i mig själv. Insåg att den diagnosen inte stämmer. (...) Jag köpte böcker för över fem tusen och gick igenom hur mycket artiklar som helst och bara försökte läsa på, vad är det här, är det här jag? Och när jag inte kände igen mig i det så kom tanken att antingen så har de fel eller så har jag ingen aning om vem jag är. *Det* var väldigt obehagligt. (Alex)

Även för Alex fanns motsättningen mellan dens egen bild av sig själv och psykiatrins synsätt, en oförenlighet som beskrivs som "obehaglig". Jag förstår citatet ovan som att om bara den ena hade rätt så betydde det att Alex antingen inte kunde lita på vården eller inte kunde lita på sig själv. Samtalen med andra patienter beskrevs till slut leda till ilska mot ett system som begränsade människor och gjorde dem till enbart sjuka. Att själv söka information och att prata med andra i samma situation kan tolkas som Alex sätt att ta tillbaka agensen och kunna formulera en självvald förklaring av vem den var istället för att gå med på vårdens version. Alex lyckades till sist få diagnosen EIPS struken och upplevde efter det ett bättre bemötande i psykiatrin. Jonas beskrev istället att han, djupt deprimerad och då BUP varken hjälpte eller tog hans teori om bipolär sjukdom på allvar, kände att valet stod mellan att ta sitt liv eller söka sig bort från BUP. Till sist bad han sina föräldrar om hjälp, de kontaktade en privat psykiatriker och kom inte tillbaka till BUP.

Alex uttryckte under intervjun att den "inte vill hatea på psykiatrin", ett uttalande som får mig att fundera på deltagarnas frustration mot vården. Berättelserna skildrar erfarenheter av att bli felaktigt speglad, inte känna sig tagen på allvar samt bli begränsad. Det verkar också i mina ögon finnas känslor av att inte få plats med hela sig i psykiatrin, både gällande definitionen av sig själv och egna åsikter eller initiativ kring behandling och diagnostik. Ordet "gubbe" återkom under samtalen, ett ord som för mig signalerar en bild av psykiatrins personal som föråldrad, distanserad och maktfullkomlig. Kanske finns det, snarare än en vilja, ett behov av att hata psykiatrin? En ilska som kunde skapa en distans som motiverat deltagarna att hitta sina egna röster och ta situationen i egna händer.

3.2 Identifikation med förbehåll

För många av deltagarna skedde utredning för bipolär sjukdom typ II i samband med allvarliga skov. Hur gamla de var när detta skedde varierade mellan 18 och drygt 30 års ålder. Att få diagnosen var något som deltagarna beskrev ledde till nya tankar och verktyg och har för samtliga inneburit vissa positiva förändringar. Helga, Alex och Jonas beskrev diagnosen som en stor källa till trygghet genom att bidra med förståelse och verktyg. Jonas lyfte att diagnosen möjliggjorde egen informationssökning på internet vilket ledde till nya tankar om livsstil. Alex och Jonas lyfte också upp hur ny förståelse kring tillståndet som en sjukdom hjälpte dem att urskilja symtom och hantera skov. Effekten av stämningsstabiliserande medicin var något som Emil och Jonas lyfte upp som en viktig positiv del av att få en diagnos, och även om deltagarna hade skilda erfarenheter av psykofarmaka så lyfte alla vissa gynnande aspekter av medicinen.

Lisa och Jonas pratade om en initial identifikation med sin diagnos och lyfte bägge fram positiva aspekter av att införliva bipolär sjukdom i den egna identiteten. Jonas hade läst på om bipolär sjukdom och lockades av hur personer med diagnosen framställdes.

Man läste liksom populärvetenskapligt om att såhär många, det är överrepresenterat med konstnärer eller stora tänkare och så där, det var ju väldigt tacksamt alltså, det sög jag ju åt mig. För det, alltså det kändes ju så himla rätt. Det här är jag, liksom. Det måste ju vara det här. (...) Jag tror att det delvis handlade om att jag behövde få ut någonting positivt av någonting som innebär ett väldigt stort lidande. (Jonas)

Jonas beskrev denna motivation som ett sätt att framställa sina smärtsamma erfarenheter i ett mer positivt ljus inför sig själv och se hoppfullt på sin potential som person. När han blev äldre och medicinen började jämna ut svängningarna upplevde han ett mindre behov att se på sjukdomen som en del av sig själv. Lisa berättade att hon fick sin diagnos i samband med ett obehagligt blandskov och att hon då hade en stark drivkraft att förändra sitt liv och må bättre. Efter mycket stöd och psykoedukation införlivade hon ett nytt levnadsmönster och kände en identifikation med men tyckte också det var svårt att acceptera sin diagnos. När hon började komma på fötter kände hon att hon ville komma bort från allt som hade med den tunga perioden att göra, kände sig mer tveksam till diagnosen men behöll de nya levnadsvanorna. Man kan tolka Jonas och Lisas kortvariga identifikation som att det var viktigt att införliva sjukdomen i självbilden till dess att de nya verktygen visat sig fungera och sjukdomen inte längre upplevdes så smärtsam. Man kan tänka sig att identifikation med en sjukdom kan bli ett sätt att förklara ett problem, men om man kan göra något åt problemet blir förklaringen inte längre nödvändig.

Deltagarna uttryckte även vissa negativa aspekter av att få diagnosen. För Alex kunde det till en början vara svårt att skilja på personliga egenskaper och sjukdomstecken, särskilt under perioder med täta skov. Den kände då att den inte riktigt visste vem den var eller vad det var i den som var det sjukliga, t.ex. om ilska var ett uttryck för dens personlighet eller tecken på depression. Att tänka på sina egenskaper som potentiella sjukdomstecken verkade för Alex skapa förvirring kring identiteten. Emil tog upp en ambivalens kring poängen med en diagnos, då han både uttryckte att han inte direkt kände något behov av psykiatrins stöd men samtidigt menade att diagnosen hade gett honom mer om han fått mer konkret och individualiserad hjälp. Fokuset på medicinering omtalades också som problematiskt, då både Emil och Lisa ogillade att inte helt veta hur de påverkades av den. Helga uttryckte en irritation kring hur vården propsande på psykofarmaka och deras brist på hänsyn till hennes jobbiga erfarenheter av medicin. Hon och Emil uttryckte också en skepsis kring psykiatriska diagnoser överlag och såg dem som förenklade sätt att beskriva och hjälpa komplexa individer. ”Men det är bara, det blir såhär om man då har fått diagnosen bipolär typ II och sen ska man läsa in sig på vad en sådan person är och sen ska man applicera det på sig själv istället för att strunta i det och sedan faktiskt kolla på hur jag själv funkar”, sa Emil. Jag tolkar detta som att diagnosen på något sätt riskerar att ta över och byta ut hans egen syn på sig själv och sina behov. Det individuella perspektivet verkar således fortsatt ha varit svårt att kombinera med psykiatrins synsätt även om man känner igen sig i en diagnosbeskrivning. Att införliva diagnosen i sig själv beskrevs som meningsfullt om det bidrog till en mer positiv självbild och bättre möjligheter att må bra, men identifikation med sjukdomen var trots allt något deltagarna ogärna var kvar i längre än nödvändigt.

3.3 Skydda sig själv – ett diffust stigma

Lisa, Alex och Jonas beskrev en upplevelse av att kunna bli sedd som mindre pålitlig eller tålig på grund av sin diagnos. ”Det känns ju överlag som att andra bär med sig tankar som att ja men man kan inte sköta familj kanske och relationer överlag, eller jobb kanske”, menade Lisa. Alex och Jonas berättade om tillfällen då uppdragsgivare och familjemedlemmar uttryckt att de inte skulle kunna klara av vissa uppgifter eller karriärer eftersom ansträngningen skulle riskera att göra dem sjuka. Lisa menade att sjukdomsstämpeln kunde få henne att känna sig ofri då personer i omgivningen pekade ut hennes beteende som ”sjukt” eller ”bipolärt” om hon var

uppspelt eller bröt mot normer. Alex nämnde att familjen är ständigt oroliga för att den ska bli sjuk och ser dens känslor som symtom. Varken Helga eller Emil uttryckte dock att de upplevt något stigma. Emil beskrev däremot en känsla av att vara annorlunda på grund av sjukdomen och att han känner sig mer udda idag än när han var yngre då psykisk ohälsa kunde ses som lite coolt. Utanförskapet beskrevs inte bara ha med diagnosen i sig att göra utan blev för Emil och även Alex en konsekvens av att inte ha samma stabila livsstil som sina jämnåriga när måendet försvårat långvariga jobb eller familjebildning.

Det uttrycktes en ambivalens kring att vara öppen inför andra än de närmaste. Alex, Lisa och Jonas menade att det var viktigt att bryta mot stigma samtidigt som det innebar en risk för negativa konsekvenser. Jonas menade att han är öppen och tar diskussionen om andra har fördomar men bara om det finns möjlighet för honom att förklara på ett sätt så att andra inte får en bild av honom som han inte kan kontrollera och som kan påverka han yrkesliv negativt. Jonas sa att han förr tog åt sig av andras åsikter men idag upplever att han åstadkommit så mycket att det inte *går* att ha fördomar om honom längre. Jag tolkar honom som att hans hårda arbete med att motbevisa stigmat gjort att han idag känner sig befriad från det, som att det inte angår honom. Alex delade att den inte gärna vill att nya bekantskaper ska känna till diagnosen, åtminstone inte tidigt under samtalet. Den sa att behovet att visa att den är "mer än en sjukdom" nästan blir tvångsmässigt, för att undvika att andra ska se den som inkapabel till saker på samma sätt som familjen gjort. Alex och Lisa lyfte att hur ansträngande det är att ständigt försöka motbevisa fördomar. "Det tar ganska mycket energi också behöva hävda sig liksom och det känns när man närmar sig 40, så man skulle lägga ner det liksom och bara chilla", sa Lisa.

Emil och Helga delade en känsla av obehag kring att vara runt andra i nedstämdhet och en känsla av att skona både sig själv och andra genom att dra sig undan.

Men därför att då behöver jag inte gömma mig, tror jag att när jag är med andra personer så behöver jag liksom... det känns som att jag behöver ha någon fasad uppe. Eh, jag behöver prata. Jag behöver ändå, ja men liksom vara bland folk. Behöver ändå föra nån form av samtal eller förhålla mig till det. Då är det ju som att jag känner att jag behöver liksom upprätthålla någonting som jag inte känner typ. (Emil)

Emils citat tyder på en känsla av att inte bara kunna vara utan att förställa sig i andras sällskap. Han uttryckte att det skulle kunna uppfattas som elakt om han hade behövt lägga sig och vila under ett samtal eller på annat sätt följt sina egna behov. Men han lyfte även en känsla av att inte vilja visa andra hur han mådde för att slippa deras frågor. Även Alex uttryckte en ovilja att blotta sin situation för andra och en rädsla att andra ska tycka synd om den. Det finns i deras berättelser en integritet och en känsla av att man inte borde behöva visa upp allt för alla hela tiden. Jag tolkar deltagarnas berättelser som att det för samtliga finns en motvilja mot att framställas i ofördelaktig dager på grund av den bipolära diagnosen och att flertalet väljer att kompensera för eller dölja de sidor som kan uppfattas som negativa. I situationer där tillståndet inte går att dölja, som en depression, kan det därför upplevas lättare att undvika andras blickar genom att vara ensam.

4. Förstå sig själv på det sätt som hjälper en

Det sista huvudtemat skildrar hur deltagarna idag ser på och hanterar sig själva i relation till den bipolära problematiken. Undertemat *Om vi nu säger att det är en sjukdom* handlar om

funderingar kring vad hos en själv som är sjukt och vad som kan förklaras med personlighet eller andra faktorer. Undertemat *Fri från skuld?* berör hur diagnosen kan eller inte kan bidra till att minska känslan av ansvar för ens mående och måendets konsekvenser. Det sista undertemat *Göra som man själv vill – en förvirrad frihet* handlar om att skapa distans till psykiatrin och vilja hantera sitt mående på sitt eget sätt.

4.1 Om vi nu säger att det är en sjukdom

Ett återkommande tema under intervjuerna var funderingar kring vad som är en del av den bipolära sjukdomen och vad som tillhör den egna personligheten. Detta ämne väckte ambivalenta och motsägelsefulla svar från deltagarna. Alex och Jonas uttryckte synsätt som liknade varandra, de såg båda på sin bipolära sjukdom som tydligt åtskild från dem själva. Däremot beskrev de sjukdomen som något som *påverkade* personligheten genom att styra styrkan i egenskaper och känslor. De delar som de upplevde utgöra självet (t.ex. energi, aktivitet, driv och förmågor) förstärktes eller försvagades i hypomani respektive depression. Hos Alex och Jonas fanns en tendens att tala om hypomani som något som kunde ses som sjukt om det fick negativa konsekvenser men också var en del av dem själva, medan det depressiva upplevdes som ett tillstånd av jagförlust eller att bli mindre sig själv. Alex menade dock att den på senare tid upplevt ett skifte i sitt synsätt som gjorde att den kände större trygghet: ”Senaste gången jag var nere så vet jag att jag skrev i min dagbok att jag har förlorat tillgången till mig själv istället för som jag säkert hade skrivit för tio år sedan att jag har förlorat mig själv”. Jag tolkar Jonas och Alex upplevelser som att den bipolära sjukdomen fungerar som ett reglage för personligheten, där sjukdomstillstånd och jagförlust verkar inträffa om reglaget dras för mycket åt ena eller andra hållet – framför allt det depressiva hållet. Rutiner och livsregler omtalades som ett sätt att se till att personligheten inte gick över i skov. Att betrakta det bipolära som en sjukdom och inte en del av en själv verkade alltså inte skapa helt vattentäta skott mellan personlighet och sjukdom. Det sjukdomstanken framför allt tycktes bidra med var att skapa en distans till och skilja ut det depressiva från självet. Alex och Jonas upplevelser av att vara mer eller mindre sig själv i olika tillstånd får mig att tänka på den bipolära sjukdomen som en egen agens utanför ens kontroll som har makten att fylla eller tömma självet. En bild som kommer till mig är självet som musik strömmade ur en stereo och sjukdomen som en hand som vrider upp eller vrider ner volymreglaget tills inget längre hörs.

Helga, Emil och Lisa hade ett lite annorlunda sätt att se på sjukdom och personlighet. För dem var pendlarna i sig en stor del av dem själva, men de var inte säkra på om de ville skriva under på att betrakta det som en sjukdom. Helga sa att hon hellre ville se sig själv som en dynamisk person med brett måendespektrum, och att hennes personlighet snarare råkade passa in i mallen för bipolär sjukdom typ II. Hon och Lisa kunde omtala vissa aspekter av sig själva, som starka behov att leva ut känslor eller söka kickar, som något ”bipolärt” men bäge var osäkra på om detta verkligen var kopplat till diagnosen eller bara något de tänkte eftersom andra såg det så. Lisa menade att hennes skov kunde förstås som naturliga reaktioner på samhällets press eller personliga påfrestningar och funderade också på om hon skulle fått diagnosen om hon bott i ett land där starka känslouttryck sågs som normalt. Det uttrycktes också svårigheter att avgöra om känslor var adekvata eller behövde patologiseras:

Jag vet inte riktigt om det är något slags mikroskov jag har nuförtiden... eller bara så här helt inga konstigheter, alltså jag vet inte. Det är svårt att veta liksom när man ska dämpa sig och när... det här att det bara är en helt naturlig känsla av lycka liksom. En helt frisk naturlig känsla av lycka som gör att jag liksom uttrycker det... Det vill man ju gärna ge sig hän i. (Lisa)

Jag tolkar detta citat som att för den som (likt både Lisa och Helga) vill kunna leva ut den äventyrliga delen av sig själv kan diagnosen upplevas som hämmande och skapa en förvirring kring vilka känslor och delar av självet som är friska och sjuka. Samtidigt kunde bägge också lyfta upp vissa fenomen i sitt sätt att fungera som mer tydligt sjukliga. Depressionerna och i Helgas fall kontrollförlust i hypomani var tillstånd som explicit omtalades som något sjukt. Emil uttryckte att även om han är skeptisk till diagnosen så är pendlandet ofrånkomligen den han är eftersom det är en del av hans hjärna. För honom fanns heller ingen tanke om att vissa tillstånd inte skulle vara han. Han menade att han alltid är sig själv oavsett hur han mår, men identifierade sig kanske starkast med det depressiva tillståndet vilket ingen annan av deltagarna gjorde. Han pratade på ett sorglustigt sätt hur han förlikat sig med tanken på ett liv som främst präglad av depressioner som blev mer hopplösa och mörka för varje år. "(skratt) Det är ju inte en så jättelockande tanke liksom men det finns definitivt en viss form av acceptans och kanske också lite... ja men skiter det sig så skiter det sig". Han pratade som om det är hans enda val att kapitulera inför nedstämdheten. Emil verkade "äga" sin depressivitet men tänkte ogärna på sig som sjuk, vilket får mig att fundera på om han förhållningssätt till sig själv som "inte sjuk" gör att han slipper försöka bli frisk, slipper kämpa för att må bättre.

Sammanfattningsvis verkade det hos deltagarna finnas en motvilja mot att patologisera personligheten eller självet. Ju mer man betraktade det skiftande stämningläget som en del av sig själv desto mindre benägen verkade man bli att vilja se tillståndet som en sjukdom. De som såg bipolariteten som sjukdom verkade också välja vilka tillstånd som sågs som sjuka utifrån vad som upplevdes oförenligt med den egna självbilden, vilket kunde skapa en distans till de önskade delarna.

4.2 Fri från skuld?

Något som kom upp under intervjuerna med Alex, Jonas och Helga var hur synen på skuld och ansvar hade förändrats efter diagnosen. För många av deltagarna har skoven kunnat skapa situationer som upplevts ha sårat andra människor eller fått dem att gå emot sina ideal. Jonas beskrev att den medicinska behandling han fått nästan helt befriat honom från hans depressioner, men han berättade att dessa tidigare kunnat skapa en känsla av att vara till besvär för andra. I perioder då han haft svårt att sköta hemmet och laga mat kunde det kännas svårt att fråga kvinnliga vänner om hjälp eftersom han upplevde att detta inte gick ihop med hans feministiska självbild. Jag tolkar Jonas uttalande som att hans sjukdom förr kunde skapa en känsla av att behöva be om något otillbörligt, som gick emot hans moraliska kompass och skapade en inre strid som inte längre uppstår. Medicinen och hans livsregler för att hålla hypomani i schack upplevdes också så kraftigt minska risken att göra något som kunde sårat andra eller skapa problem att han idag han njuta av uppvarvningen. Behandlingen kan alltså sägas ha eliminerat Jonas upplevelse av skuld genom att ta bort de känslor och beteenden som orsakat den. Men Jonas uttryckte också att tanken om att ha en sjukdom även hjälpt honom att se på sig själv och sina tidigare handlingar med mildare blick.

En annan person beskrev att få en psykiatrisk diagnos som att man har fått reda på att man blir oskyldigt dömd. Det här citatet har fastnat hos mig, att man kan säga att det var inte jag. Jag gjorde alla de här hemska sakerna och man kan känna sig ansvarig för jag gjorde dem, men det var ändå omständigheter liksom. (Jonas)

Jag upplever det som paradoxalt hur Jonas beskrev att han gjort saker han känner ansvar för men får reda på att det inte var han som gjort det. Att vara oskyldigt dömd innebär i regel att dem dömd själv vet att den är oskyldig. I Jonas uttalande verkar personen i fråga ha trott sig vara skyldig men av en yttre instans blivit benådad då han bedömts ha varit styrd av någon eller något. Ordvalet "man kan säga" indikerar att förhandlingen verkar ske i relation till andra

människor som ska övertygas och inte bara syfta till att kunna förlåta sig själv. Helga menade tvärtom att en diagnos inte frantog individen ansvar för de saker man gjort.

Jag vet inte vad jag ska säga, bara ”du jag har fått diagnosen bipolär nu, så att det var därför jag sa de där sakerna” (ljus röst), alltså det går liksom inte försvara det. (...) Som att om man är full och gör dumma grejer så kan man inte såhär ”ja men jag var full och därför våldtog dig, det kunde ju inte jag kontrollera”. Alltså så här att jag tänker att det kan låta som en sådan grej. Att jag skyller på det. Men jag menar det är ju jag. Det är ju inte liksom... Jag är ju den personen. (Helga)

Helga påpekade här att det inte alltid är så enkelt att plocka bort delar eller handlingar från sig själv. Den ljusa oskyldiga rösten när hon härmar sig själv tyder på att resonemanget hade känts naivt eller kanske tillgjort, något man använder för att framstå i bättre dager. Att prata om våldtäkt ser jag som ett sätt att beskriva att det man gjort mot andra under rus (kemiskt eller psykiskt) fortfarande påverkar dem på samma sätt som om man varit frisk eller nykter. Den grova liknelsen kan också tänkas vara ett sätt att illustrera en smärta över handlingar hon gjort som gått över andras gränser (om än könsломässigt snarare än fysiskt). Både Alex och Jonas tog upp att en diagnos dock inte villkorlöst tar bort allt ansvar från den som är sjuk. Bägge menade att skulden minskats genom att de fått verktyg för att bättre kunna ta ansvar och att de var måna om att alltid kommunicera eller visa ånger om de sårat andra. Alex beskrev att den försöker ifrågasätta den prestationsbaserade självkänsla som präglat den under uppväxten och som lett till skuld känslor då den i sjukdomsperioder inte levt upp till förväntningarna. Den uttryckte att skulden minskats av tanken på att det är en sjukdom, men att den samtidigt måste göra ”allting rätt” som den lärt sig från psykiatrin för att förhindra skov. På så sätt kan diagnosen tänkas fungera som ett sätt för Alex att återupprätta en känsla av kompetens och prestation. Jonas menade i likhet med detta att han gör exakt allt han kan vad gäller medicin och leverne och därför inte kan beskyllas för någonting. Skuldens storlek verkar alltså till syvende och sist inte handla om att en yttre instans (psykiatrin) friskriver en från ansvar, utan verkar bero på hur effektivt man lyckas mildra de negativa konsekvenserna av sin sjukdom i sina egna och andras ögon.

4.3 Göra som man vill – en förvirrad frihet

Genomgående under intervjuerna uttrycktes det en önskan att få behålla ett eget sätt att se på och hantera sitt mående. Även om de flesta menade att psykiatrin varit till stor hjälp så uttrycktes också att vården har en tendens att styra och lägga sig i mer än deltagarna kände sig bekväma med. För alla utom Jonas var medicineringen en sådan fråga som kunde väcka både känslor av kontrollförlust och obehag då effekterna upplevdes oförutsägbara och svåra att dra kausala samband utifrån. Alex och Helga menade att läkarna inte tog hänsyn till deras negativa erfarenheter av psykofarmaka och de uttryckte en önskan att trappa ut eller justera ned sina mediciner. ”De har ju mycket makt ändå, jag menar inte bara att det är fel men det är lätt att styra människor, att ’så här behöver du leva nu, du får inse nu att du har en bipolär sjukdom’...” uttryckte Lisa. Hennes ord gestaltar ett slags mild auktoritet som kommer med förmaningar. ”Du får inse” tyder på att Lisa upplevt att det inte bara är patientens beteenden som ska förändras, utan även tankarna. Både utifrån detta citat och flertalet deltagares berättelser tolkar jag det som att patientrollen kan upplevas som en position där man ska övertalas till insikt och förändring.

För Lisa som slutat äta stämningsstabiliserande medicin sedan flera år utan att ha insjuknat i ett kliniskt skov skapade detta ett tvivel på om hon verkligen har bipolär sjukdom. Samtidigt uttryckte hon att diagnosen hjälpt henne att införliva ett sätt att leva som varit avgörande för att stabilisera måendet, även om hon idag är mån om att göra detta på sitt eget

sätt. Under intervjuerna framkom att deltagarna i olika utsträckning blandar förhållningssätt de lärt sig av vården med egna strategier som de haft med sig länge. Lisa och Emil pratade om en metod som kan beskrivas som att fokusera på nuet, ”kötta på” och inte tänka så mycket på det som är tungt, ett sätt som följt med genom livet. Bägge uttryckte att förmågan att ta sig igenom motgångar var en styrka, även om Lisa tänkte att hon ibland kanske inte tar sin problematik på allvar genom att inte tänka på det som varit. Emil var ointresserad av att ta del av psykiatrins hjälp utöver läkemedel. Han menade att kämpaglöden tillsammans med hans tidigt inlärd strategi att bryta upp och börja om på nytt var allt han behövde för att handskas med sin problematik.

Jag tolkar deltagarnas motvilja mot att gå med på allt psykiatrin förmedlar som ett sätt att frigöra sig från en passiviserande eller lydiga position för att istället själva definiera sig och bestämma över sin situation. Alex berättade att hen förkovrat sig i litteratur av bland andra Alain Topor om psykiatrikritik och återhämtning, något som upplevts ge en känsla av att återfå makten över sin situation. Alex sa: ”Ju mer distans jag har fått till psykiatrin desto lugnare i mig själv har jag blivit igen. Jag har hittat tillbaka”. För Alex som upplevt att psykiatrin skapat identitetskriser verkar distansen ha möjliggjort en mer kontinuerlig upplevelse av sig själv, en kontakt med vem den var innan sjukdomen. Även Helga var inne på att vården av hennes bipolära sjukdom kunde föra henne bort från sig själv.

Det (medicin) tar ju också bort lite den man är. Även om jag blir stabilare så vill jag känna mer saker. Jag vill uppleva andra grejer som jag också gör när jag inte äter de här medicinerna. (...) Jag liksom dämpas att jag blir i allt liksom, i sexuella relationer, i... hur mycket kärlek jag kan känna. Så att det blir liksom en... och det är ju liksom inte kul att veta att man kan känna så mycket mer. (Helga)

Helga var här inne på ett tema som återfanns även i Lisas och Jonas berättelser, vilket var en önskan att behålla de starka positiva upplevelser som den bipolära sjukdomen innebär oavsett psykiatrins åsikter. För Jonas var detta inte längre ett problem, hans medicin släppte igenom hypomanierna och hans livsregler beskrevs ta bort de negativa effekterna och han räknade idag inte uppvarvning som skov på samma sätt som depressioner. För Lisa, Helga och även Alex uttrycktes hypomanierna vara mer svårnavigerade, något man kunde längta till men behövde hålla uppsikt över. Som Alex sa är det enkelt att undvika en hypomani när tillståndet är långt borta, men ju närmre man kommer desto mer lockande ter det sig och tankar om att man ”är värd det” kommer. Lisa beskrev en balansakt där hon tillåter sig att leva ut starka känslor eller ”gå in i” projekt men samtidigt håller noggrann uppsikt över sitt inre för att veta var hon har sig själv och inte tillåta det att gå för långt. Hon beskrev det som en känsla av frihet från både vården och samhällets normer att genom inre kontroll och fasta rutiner själv kunna styra sitt stämningsslag. Detta beskrevs också skapa en acceptans för att inte alltid veta vad som pågår inom henne. Kontroll verkade på så sätt kunna skapa en frihet genom att minska rädsla för skov, vilket också tycktes vara fallet för Jonas. Detta behov av frihet att kunna känna starka känslor sätter också fingret på en positiv aspekt av att ha bipolär sjukdom som uttrycktes under intervjuerna. Att kunna ge sig hän och känna sig stark och levande uttrycktes av Helga berika hennes liv, något som gjorde att hon ”gillar att vara bipolär”.

Diskussion

Studiens syfte var att undersöka hur personer med bipolär sjukdom typ II upplever att sjukdomen påverkar deras själv/identitet samt vad de har och tidigare har haft för

förklaringsmodeller kring sitt fungerande. Studiens huvudfynd var att deltagarna upplevde att självet var föränderligt på grund av sjukdomen och att de stabila och hypomana delarna av självet främst sågs som positiva medan den depressiva delen sågs som negativ. Tiden före diagnosen präglades av svårigheter att förstå det egna fungerandet och egna strategier för att hantera sjukdomen förekom. Erfarenheter av psykiatrin skapade ambivalenta känslor, då vården kunde hjälpa en att må bättre och skapa en mer positiv självbild men även kunde skapa en känsla av begränsning av livet och självet. De deltagare som såg stämningsskiftningarna som del av självet var mindre benägna att betrakta sig som sjuka medan de som såg symtomen som något utanför en själv oftare accepterade diagnosen. Resultatet av studien diskuteras i relation till tidigare forskning och teorier och presenteras nedan uppdelat i tre rubriker. Rubriken *Ett själv som är svårt att ta för givet* utforskar hur sjukdomsskoven skapade en instabil självbild som kunde ge upphov till kompensatoriska beteenden och framhävande av positiva aspekter av självet. Den andra rubriken *Abjektion av det sjuka* handlar om deltagarnas tendens att vilja skilja sjukdomen från självet. Den tredje rubriken *Att värna om sig själv* undersöker önskan att uttrycka sig själv och freda sitt inre från yttre granskning. Därefter följer *Metoddiskussionen* och till sist tas *Slutsatser och implikationer* av studien upp.

Ett själv som är svårt att ta för givet

Som Weiss (i Federn, 1953) beskrivit är jaget eller självet något som liksom ens andning upplevs som självklart, så länge allt fungerar som det ska. Men som Inder et al. (2011) har visat kan bipolär sjukdom försvåra känslan av en autentisk personlighet eller ett sammanhållet själv när tankarna, känslorna och beteendena är så vitt skilda i olika tillstånd. Denna upplevelse uttrycktes även i föreliggande studie. Man kan koppla deltagarnas beskrivningar av sig själva till Kegans (1982) teori om att de aspekter som definierar självet kan variera mellan olika personer och över tid. Olika exempel från resultatet var att tala om starka känsloupplevelser och själva skiftningarna som en del självet, eller att uppleva att skoven kunde beröva en på självet då exempelvis de förmågor som definierade en tillfälligt försvann. Som Kegan skrivit så riskerar man sig själv om man definierar sig utifrån en aspekt som kan försvinna. Liknande skillnader mellan att se stämningsskiftningarna som en del av en själv eller något som kan få en att förlora sig själv syntes även i Lobbans et al. (2012) kvalitativa studie. De flesta deltagarna i denna studie beskrev en känsla av att förr eller nu upplevt vissa känslotillstånd som jagdystona, medan en deltagare uttryckte att han alltid var sig själv oavsett stämningsslag. Detta kan i relation till Kegans synsätt förstås som att deltagarna i denna studie gjorde olika typer av gränsdragningar kring sig själva. I enlighet med Kegans teori verkade också en syn på självet som *det som innehar* känslor kunna leda till en mer stabil självupplevelse. Upplevelsen av att *vissa känslor men inte alla* definierade en själv verkade istället skapa en risk för jagförlust. En upplevelse som beskrevs i föreliggande studie var skiftet från en känsla av att förlora sig själv i depressioner till att endast förlora *tillgången* till sig själv, vilket tyder på att nya insikter kan leda till en förändring av självupplevelsen och bidra till stabilisering.

I likhet med en studie av Ak et al. (2012) beskrevs en stor diskrepans mellan självbilder i hypomani och depression, där det hypomana självet oftast sågs som positivt laddat medan det depressiva var svårt att tycka om. Liksom i studien av Bentall et al. (2011) syntes en tendens att uppleva de symptomfria och hypomana tillstånden som mer jagsyntona än det depressiva. Självet förstärktes i hypomanierna medan det försvagades eller utarmades i depressionerna. Motiverandet av vilka tillstånd som var jagsyntona och inte – att de gärna *ville* identifiera sig med sidor som upplevdes positiva – antyder att självbilden konstrueras aktivt, om än inte alltid medvetet. Detta kan förstås i relation till Rogers (i Koch, 1959) teori om att vi vill uppfatta vårt själv som enhetligt och positivt laddat och att negativa sidor inte tillåts ingå i det. Bentall et al.

(2011) har fört ett resonemang kring tendensen bland bipolära att använda maniska försvar för att hålla negativa aspekter av självet borta från medvetandet, vilket kan tänkas förklara att deltagarnas depressiva delar sällan införlivades i självet. En självbild präglad av ens positiva sidor kan dock bli svår att leva upp till när dessa sidor lyser med sin frånvaro under återkommande depressioner. Att bipolär sjukdom kastar en mellan ytterligheter i självbilden verkar försvåra uppnåendet av den enhetlighet som Rogers menat att vi strävar efter. Tidigare forskning av bland annat Ak et al. (2012) har visat att detta kan leda till rigida livsregler och ett fokus på att leva upp till moraliska föreställningar. I enlighet med detta syntes i resultatet förhållningssätt och livsregler som syftade till att få en att känna sig bättre eller leva upp till förväntningar om hur man bör vara. Ironside et al. (2020) har i en metastudie lyft att personer med bipolär sjukdom ofta upplever att det kan stärka det egna värdet om de lyckas uppnå höga krav på sig själva. Ironside et al. poängterade att det är viktigt att i behandling påtala det pris patienten betalar för sina höga krav på sig själv på ett inkännande sätt och uppmuntra till andra sätt att stärka självkänslan. En studie av Scott och Pope (2003) visade även att negativt utvärderade av en själv kan öka risken för både depressiva och maniska skov.

Införlivandet av depressiva sidor i självet uttrycktes endast av en deltagare, vilket kan ses som ett sätt att underlätta uppnåendet av ett enhetligt själv då denna deltagare oftast ”måde risigt” och livet inte tedde sig så hoppfullt. McWilliams (2000) har beskrivit hur man utifrån ett psykoanalytiskt synsätt tänker sig att depressiva personer tenderar att undvika känslan av hopp eftersom detta riskerar att skapa en outhärdlig besvikelse. Sett i ljuset av detta perspektiv kan en depressiv självbild likväl som en hypoman fungera som ett skydd mot psykisk smärta. McWilliams menade att en hypoman/cyklotym person och en depressiv person i grunden har fler likheter än skillnader eftersom de båda fokuserar på utvalda delar av självet och av verkligheten, medan andra förnekas. Som jag tolkat deltagarna syntes hos vissa en tendens att fokusera främst på vissa delar av sig själva medan andra förnekades, vilket kan tänkas fylla funktionen att skapa ett själv som upplevs som enhetligt men som samtidigt håller andra aspekter borta.

Abjektion av det sjuka

Något som uttrycktes av flertalet deltagare var en svårighet att relatera till och införliva sina depressioner i bilden av sig själv. Med viss emfas gjordes även en åtskillnad mellan den bipolära sjukdomen och självet, eller personligheten. Motståndet mot att införliva depression och sjukdom i självet kan jämföras med psykoanalytikern Julia Kristevas (1992) teori om abjektet. Abjekt betyder fränstötande eller avskyvärd och är enligt Kristeva det som varken uppfattas som subjekt eller objekt och därför skapar ett obehag. Deltagarnas ambivalens kring huruvida ”det sjuka” kan uppfattas som en del av dem själva eller inte samt deras instinktiva motvilja mot tanken om en sjuk personlighet skapar i mig tanken att sjukdomen fått rollen som abjekt. Abjektet är enligt Kristeva de aspekter av oss själva som hotar identiteten, som upplevs som främmande och obehagliga och måste abjekteras, uteslutas, för att vi ska kunna leva upp till kulturens normer och känna oss som oss själva. En sådan process kan skönjas i uttalanden som att det depressiva jaget var passivt och därför inte en själv, då självet definierades i termer av aktivitet. Den inre gränsdragningen kring självet kan i enlighet med Kristevas teori tänkas omöjliggöra en identifikation med aspekter som rör sig utanför gränsen varför dessa måste abjekteras.

Kristeva kopplade denna process till överjaget, som genom sina förbud skapar abjektet. Som produkt av överjaget fyller det en funktion. Trots att man inte vill kännas vid abjektet så behöver man det, eftersom abjektionen är den offerrit genom vilket det accepterade jaget skapas. Likt en kräkning drivs det onda ut ur subjektet och blir till något orörbart. Abjektionen

hjälpes på så vis subjektet att upprätta gränsen mellan en själv och det andra. Men då objektet är en ofrånkomlig del av oss dyker det upp igen trots att vi stött bort det. ”Massivt och abrupt dyker det nu upp någonting kusligt och – som om det i ett dunkelt och bortglömt liv skulle ha varit mig välbekant – ansätter mig som radikalt avskild, motbjudande. Inte jag. Inte det. Men inte heller ingenting. Ett ’någonting’ som jag inte känner igen som ting. En tyngd av icke-mening, som på intet sätt är betydelselös och som krossar mig. På randen till icke-existens och hallucination, på randen till en verklighet som, om jag erkänner den, förintar mig. Där är objektet och objektionen mitt skydd mot galenskapen” (Kristeva, 1992 s. 26).

Denna beskrivning av en påträngande och hotfull obegriplighet kan relateras till hur deltagarna talat om sina tidiga sjukdomsskov. Strategin att inte försöka förstå eller tänka kring sin sjukdom som flera beskrivit kan ses som ett sätt att undvika att ge mening åt en upplevelse som inte *får* ha betydelse. Depressionerna kunde i likhet med Kristevas beskrivning av objektet upplevas som en hotande skugga man vill hålla ifrån sig. Även den potential att förinta en själv som Kristeva tillskriver objektet kan utläsas i studiens resultat, då depressioner uttrycktes kunna kapa kontakten med eller ta ifrån en självet. Beskrivningar av depressiva episoder i termer av en tomhet så främmande att den blev ett slags inre död förekom, vilket i enlighet med Kristevas förståelse kan ses som ett uttryck för objektion då döden betecknar den absoluta gränsen för jaget. Hon menade att vår intuitiva känsla av äckel inför objektet syftar till att avskilja oss från det. Detta kan skapa en förståelse för det främlingskap och äckel inför sig själv som beskrevs kunna infinna sig i depressioner där kroppen inte längre upplevdes som ens egen.

Men det är inte bara de depressiva sidorna som omtalats som svåra att på ett enkelt sätt införliva i jaget, även de hypomana skoven beskrevs innehålla aspekter som deltagarna försökte hålla borta från sig på olika sätt. Impulsivitet och vårdslöshet i relationer kunde skapa en kontrast till ens självbild vilket fick en att känna sig dålig. Distansering från och genans över grandiosa tankar om självet förekom också. Dessa uttalanden kan kopplas till Kristevas tankar om objektets relation till moral, skuld och synd. Objektet är det som inte ryms inom den ordning som subjektet har upprättat för sig själv och denna ordning skapas inte i vakuum. Samhälleliga faktorer påverkar enligt Kristeva vår syn på vad som uppfattas som jag och inte jag. Det kristna definierandet av moral, vilka egenskaper och handlingar som bryter mot den och hur man blir förlåten var något Kristeva såg som grundläggande för hur objektet konstrueras i den västerländska kulturen. På så sätt blev hanterandet av objektet en social process, menade hon.

Krystevas tankar kring objektionen i den kristna kontexten har paralleller till hur deltagarna pratade om psykiatrin. Själva diagnosticeringen och behandlingen kan ses som ett slags objektion, en process där oönskade delar kan förläggas utanför självet och görs hanterbara för subjektet. Skiftet i synsätt på sig själv i och med diagnosen som beskrevs av vissa – från skuldtyngd till helt eller delvis fri – tolkar jag som ett uttryck för detta. I den religiösa sfären avgränsas moral från styggelse och människorna formas till måttfullhet, behärskning och godhet samtidigt som de förväntas bekänna sin inneboende synd och skuld för att kunna bli förlåtna. Kristeva såg detta som ett slags masochistisk njutning där den uttalade objektionen blir villkoret för försoning. Bikt, botgöring och avhållsamhet från synd blir handlingar där objektionen medvetandegörs och som skapar ett beroende av någon annans bedömning för att kunna hantera objektet. Kristeva illustrerar detta med Jesu ord: ”Inte heller jag dömer dig. Gå nu, och synda inte mer” (Joh 8:11, i Kristeva, 1992 s 153). Wilson et al. (2018) kopplade i en diskursanalys av psykoedukation om bipolär sjukdom ihop Foucaults begrepp pastoralmakt med dagens psykiatri. De menade att man kan se liknande maktutövande i dagens vårdssystem som hos kyrkans själasörjare. Klinikern görs enligt dem till en auktoritetsfigur som ska rädda, inte patientens själ, men hennes psykologiska hälsa genom att uppmuntra till självrannsakan, avhållsamhet från att leva ut hypomana skov och ”bikt” av bristande efterlevnad av behandlingen (Wilson et al., 2018). Detta kan tolkat utifrån Kristevas perspektiv ses som handlingar som bidrar till en objektion av de sjuka delarna av självet.

Deltagarna i föreliggande studie resonerade kring skuldbegreppet och huruvida diagnosen ("abjektionshandlingen") kan frigöra en från skuld över det man gjort ("synden") eller delar av den man är ("abjektet"). Diagnosen kunde beskrivas som den ultimata friheten, som frångått en ansvar för tidigare handlingar ("syndernas förlåtelse") och som gett verktyg för att mildra och förebygga framtida felsteg ("botgöring"). Hos de som hade en uttalad acceptans av diagnosen var det samtidigt viktigt att hålla sjukdomen åtskild från självet, att identifiera sig med sjukdomen kunde till och med ses som skadligt. Att ha en diagnos är en sak, att vara den är en annan. Diagnosen, eller abjektionen, blev något positivt då den hjälpte till att förlägga oönskade delar av självet utanför dem och på så vis minska skuldkänslor. Även de nya strategierna för att hantera sjukdomen (medicin och livsregler) verkar ha fyllt funktionen att än mer mota bort oönskade delar från självet genom att mildra de negativa konsekvenserna av sjukdomen.

Å andra sidan kunde diagnosen också uppfattas som en begränsning både gällande identiteten och hur man förväntades leva snarare än att ge en frihet. Hjälpen från psykiatrin verkar liksom i Bibelcitatet Kristeva lyfte fram vara avhängig att subjektet underkastar sig ett moraliskt leverne och bekänner sig som sjuk/syndig. Ambivalensen kring psykiatrin som uttryckts kan tänkas handla om en motvilja mot villkorad hjälp där förutsättningen är att gå med på att bli definierad och styrd. Utifrån Kristevas teori om abjektet kan man tänka sig att diagnosticeringen, tolkad som en abjektion, sätter fingret på en öm punkt – gränsen mellan jag och inte jag – och låter det stanna kvar där och skava. Abjektionen kan enligt Kristeva inte slutgiltigt avskilja subjektet från de oönskade delarna utan är ett tecken på att gränsen ständigt är hotad. Abjektionen synliggör därför hur bräcklig gränsdragningen kring identiteten är. Kyrkans såväl som psykiatrins definitioner av självet kan alltså med Kristevas synsätt inte permanent skapa gränserna, utan gränserna upprätthålls genom handlingar och viljan att foga sig. Om man inte vill acceptera gränsen mellan friskt och sjukt blir abjektionen med detta synsätt inte ett positivt upprättande av självets gränser. Istället kan diagnosticeringen kanske snarare förstås som en ständig påminnelse om skillnaden mellan det medicinska perspektivet och ens egen syn på en själv, och synliggöra att inget av dessa perspektiv med nödvändighet är helt sant.

Det fanns alltså en skillnad mellan deltagare när det gällde upplevelsen av diagnosens positiva potential. I vissa fall verkade diagnosen skapa en tryggande gränsdragning mellan subjekt och objekt medan andra tydligt kopplade skiftningarna till sig själva och inte hade ett behov av att skilja dem från självet. Trots att hela gruppen kunde känna igen sig själva i diagnoskriterierna för bipolär sjukdom typ II, fanns hos vissa en motvilja mot att se sig som sjuk och ett tvivel på om diagnosen stämde. Då gruppen som helhet hade ett generellt motstånd mot att se självet som något sjukt blir det begripligt att individerna som såg skiftningarna som en del av personligheten också hade svårare att acceptera en diagnos som patologiserar aspekter de inte kan separera från sig själva. En viktig del av detta kan vara den önskan att leva ut uppvarvning som gick stick i stäv med psykiatrins synsätt och förväntningar. Dessa personer uttryckte också en irritation kring psykiatrins uppfostrande ton ("du får inse nu", som en deltagare gestaltade den) och insisterandet på medicinering upplevdes snarare som maktspråk än som hjälp.

Deltagarnas inställningar kan också relateras till studier som visat att låg acceptans av en bipolär diagnos är kopplat till sämre efterlevnad i behandling (Goossens et al. 2000). Som Jamison (1995) uttryckt det kan terapi med bipolära patienter sällan genomföras utan medicinsk behandling, men medicin i sig kan inte hjälpa mot alla problem. Även utrymme att prata om andra aspekter behövs för att bearbeta de svåra upplevelser som sjukdomen leder till och för att motivera till behandling när det finns en längtan tillbaka till känslomässiga höjder, menade hon. I föreliggande studie var upplevelsen av medicinen som störande då den hämmade uppvarvning mer förekommande hos de som tvekade inför att tänka på sig själva som sjuka. Viljan att

uppleva hypomani är något som Goossens et al. lyft som en möjlig förklaring till motsträvighet mot behandling, vilket även återspeglas i denna studie. Även tesen om acceptansens koppling till efterlevnad i behandling som Goossens et al. lyft kan kopplas till de upplevelser som deltagarna i denna studie delgett. Tolkat genom Kristevas abjektionsteori, där ”det sjuka” ses som abjekt, kan acceptans av diagnosen tänkas försvåras om de aspekter som patologiseras upplevs vara delar av en själv som man inte vill bli kvitt. Finns det däremot ett behov att skilja ut dessa aspekter från jaget verkar en acceptans av det medicinska perspektivet kunna möjliggöra denna åtskillnad och skapa en känsla av frihet från skuld. Förstått på det sättet skulle graden av identifikation med de aspekter som i psykiatrin benämns som sjukdomstecken möjligen kunna vara kopplade till graden av acceptans av diagnosen, och i så fall kanske även till efterlevnad i behandling.

Att värna om sig själv

En röd tråd som kan urskiljas i berättelserna är motvillighet mot att berätta för omgivningen om sin diagnos eller hur man mår. Depressionerna beskrevs kunna leda till ett tillbakadragande från vänner och bekanta. Under intervjuerna var det inte alltid enkelt för deltagarna att förklara vad som var orsaken till denna isolering, men jag fick känslan av att det handlade om en upplevelse av frihet. Både en frihet *från* något och en frihet *att*. En aspekt som lyftes var att närhet till andra än de närmaste i depressioner kunde kännas otänkbart eftersom det skapade en känsla av att behöva förstå sig och leva upp till vissa normer kring social samvaro. Tolkat utifrån Winnicotts (1965) tankar verkar spontana gester, d.v.s. impulser och genuina känslouttryck, under depressiva episoder ha tolkats som icke önskvärda då man tänkt att omgivningen förväntat sig beteenden som var oförenliga med det depressiva tillståndet. Att visa sig nedstämd för andra kunde även ge upphov till obekväma frågor och därför föredrogs ensamheten, som kunde innebära en lättnad. Winnicott argumenterade i linje med dessa upplevelser för rätten att dra sig tillbaka och undfly omgivningens påträngande åsikter för att kunna leva ut sitt sanna själv ifred.

Deltagarnas tendens att hålla sin diagnos mer eller mindre hemlig kan ses som ett beteende i samma anda. Rädsla för andras fördomar, åsikter eller ömkan omnämndes som skäl att endast berätta om diagnosen om man var säker på att det inte skulle få negativa konsekvenser skulle ske. Även behov att kompensera för de fördomar man trodde att andra hade uttrycktes i resultatet, vilket beskrevs som ansträngande. Den tillrättalagda bilden, eller det falska självet som Winnicott kallat det, verkar aktiverats i de situationer då deltagarna upplevt en risk att bli definierade på ett ofördelaktigt sätt. Att visa upp ett falskt själv kan tänkas ha fyllt viktiga funktioner för deltagarna. När att visa andra vem man är leder till upplevd ofrihet kan det falska självet bli ett slags mur. Som Winnicott (1965) skrev kan icke-kommunikation och ensamhet fungera som en fristad, men även det falska självet kan skapa en barriär mot andras inkräktande och därmed skapa utrymme att göra mer som man själv vill. Hemlighållandet av hur man mår eller vilken diagnos man har verkar ha gett deltagarna förutsättningar att ta hand om sig på det sätt de själva önskat och avgöra gränserna för sina förmågor på egen hand. Här ger det falska självet paradoxalt nog utrymme för det sanna genom att skapa frihet från insyn och ge möjlighet att hantera sitt mående lite mer som man vill.

Men samtidigt som detta kan upplevas som en frihet verkar föreställningar om andras förväntningar ändå vara närvarande. Motbevisandet av fördomar beskrevs inte bara ske i relation till faktiska andra utan även i relation till en själv, vilket kan förstås kopplat till Winnicotts (1965) tanke att andras förväntningar lever och verkar inom en även i ensamheten. Deltagarna hade ofta svårt att verbalisera vad som kunde inträffa om andra tilläts ha en negativ bild av dem, men det var tydligt att det var viktigt att förhindra detta. Ett sätt att tolka de

kompenenserande beteendena och hemlighållandet av diagnosen är att det inte primärt gjordes för andras skull utan för deltagarnas egen. Negativa bedömningar av en själv, vilka enligt Ak et al. (2012) kan ligga latent hos personer med bipolär sjukdom även i neutrala perioder, skulle kunna tänkas hota en positiv självbild om dessa bedömningar manifesterades i andras åsikter. På så sätt kan det kompenenserande falska självvet tänkas fylla samma funktion som de maniska försvar Bentall et al. (2005) menade bidrog till att hålla negativa aspekter av självbilden borta.

Även deltagarnas relation till psykiatrin går att koppla till det sanna och falska självvet. Winnicott (1965) tänkte sig det sanna självvet som ett subjekt som ger uttryck för alla genuina känslor, impulser och handlingar. För personer med bipolär sjukdom kompliceras tanken om ett sant själv av en medicinsk diskurs som problematiserar ett uttryckande av vissa genuina uttryck och kallar dem sjukdomssymtom. Flera av deltagarna beskrev även en känsla av att psykiatrin, framför allt tidigare, inte ingett förtroende att på ett genuint sätt berätta hur de verkligen mådde. Även beskrivningar av att känna sig definierad på ofördelaktiga eller osanna sätt förekom. Vissa möten med psykiatrin beskrevs ha skapat en så djup känsla av felspeglning och hopplöshet att det inte var inom vården utan i *motstånd* till den som de kunde närma sig sitt sanna själv. Detta kan relateras till filosofen och idéhistorikern Michel Foucaults (1982) tankar om subjektets möjlighet att ta avstånd från den rådande diskursen genom att själv ta makten att definiera sig själv. Som Foucault såg det finns inget sätt att undfly den rådande diskursen, bara andra sätt att förhålla sig till den. Liknande erfarenheter beskrevs i resultatet, där egna efterforskningar om olika diagnoser blev ett sätt att hitta sig själv inom vårdens diskurs men bortom dess tidigare definition. Det fanns överlag en ambivalens bland deltagarna inför en psykiatri som både hjälpte och la sig i kring framför allt medicinering på ett oinkännande vis. Det förekom en raljant ton som kan förstås som skyddande och som kan tänkas ha berott på deltagarna inte kände sig trygga att relatera till psykiatrin på ett autentiskt sätt. Diskrepansen mellan psykiatrins och deltagarnas förhållningssätt till hypomani kan tänkas göra det svårt för deltagarna tala om sin vilja att känna uppvarvning.

Patologisering av och oro kring beteenden eller känslouttryck från närstående som ville påverka eller styra var också något som upplevdes som störande och på kant med det egna perspektivet. En yttre blick även på sjukdomens mer positiva delar kunde ge upphov en känsla av ofrihet då kommentarer om att vissa beteenden sågs som sjukliga ledde till irritation. För flera av deltagarna, som såg sin förmåga till starka känslor eller att passionerat ge sig hän i aktiviteter som en positiv del av dem själva, kan psykiatrins och omgivningens försök att dämpa dessa tänkas upplevas som ett inkräktande på det sanna självvet. En studie av Fernandez et al. (2014) har visat att personer som antar en "patientidentitet" ofta rapporterar känslor av maktlöshet. Förstått i ljuset av detta går det att se motstånd mot eller raljerande kring vården samt egna varianter av behandling som en typ av självhävdande. Att individer trots en pågående behandling vill göra på sina egna sätt och skapar utrymme att själva styra sina känsloupplevelser kan därmed bli begripligt både i relation till Winnicotts teori det sanna självvet och Foucaults tankar om motstånd i relation till makten.

Metodologisk diskussion och framtida forskning

Under intervjufasen märkte jag att mina initiala frågeställningar, som var 1) *Hur upplevs och beskrivs den egna identiteten av personer med bipolär sjukdom?* och 2) *Hur skapar personer med bipolär sjukdom mening kring sin identitetsupplevelse?* inte riktigt passade med alla de frågor som ingick i intervjuguiden. Deltagarna visade sig använda ordet själv oftare än identitet, varför detta begrepp byttes ut. Studiens syfte formulerades efter diskussion med handledare om till att undersöka hur deltagarna upplever att bipolär sjukdom påverkar självvet samt vilka förklaringsmodeller som både förr och nu funnits för det egna fungerandet.

Smith och Larkin (2009) har beskrivit hur Yardleys kvalitetskriterier för kvalitativa studier kan användas för att bedöma IPA-studier. Studien kan sägas ha tagit hänsyn till kriteriet *Känslighet för kontext* på så sätt att individernas specifika kontexter samt interaktionen under intervjuerna analyserats. En ambition att sätta mig in i den historiska och samtida teoretiska kontexten kring ämnet har funnits, men endast ett urval av möjliga teoretiska perspektiv på bipolär sjukdom och självet tas upp här. Här är det viktigt att vara transparent kring mitt eget såväl som deltagarnas bidrag till att utforma studiens innehåll, då mitt intresse avgjort vilka aspekter som lyfts upp och vilka teorier som använts för tolkning. Kriteriet *Engagemang och noggrannhet* innebär enligt Smith att IPA-studien är väl genomförd i samtliga steg. Studiens omfattande dataanalys kan ses som ett tecken på detta. En aspekt av noggrannheten är studiens homogenitet, vilken går att diskutera. Deltagarna delade diagnosen bipolär sjukdom typ II och var ungefär lika gamla men de hade olika livssituation och bakgrund samt samsjuklighet med andra diagnoser. Det fanns också aspekter i en av deltagarnas berättelser som kan tolkas som symptom på bipolär sjukdom typ I. Dock delgav samtliga deltagare berättelser som bidrog till att besvara syftet med studien vilket tyder på att de utgjorde en lämplig målgrupp.

Intervjuernas längd varierade från drygt en till drygt två timmar, och denna tidsskillnad mellan deltagare kan tänkas ha medfört olikheter i samtalens djup. Jag har försökt att i lika hög grad ge röst åt samtliga deltagare oavsett detta. I enlighet med IPAs idiografiska utgångspunkt blir också olikheter mellan deltagarna såsom tendenser att utveckla svar mer eller mindre en del av själva materialet. Gällande kriteriet *Transparens och koherens* har studiens metod redovisats i detalj, och data har redovisats på ett textnära sätt och med hänsyn till inneboende motsägelser i materialet. Yardleys sista kriterium *Genomslag och betydelse* bedömer studiens meningsfullhet. Då IPA utgår från individens unika perspektiv bör varje tolkande fenomenologisk undersökning kunna belysa nya perspektiv på fenomen som undersökts tidigare. Denna studie har haft upplevelser av bipolär sjukdom och självupplevelse i en svensk kontext som fokus och kan därför särskilt tänkas bidra till förståelse för bipolära patienters upplevelser av vård i Sverige. Då antalet deltagare är lågt går det dock inte att dra generella slutsatser om gruppen som helhet utifrån denna studie. Undersökningen kan heller inte tänkas ge en objektiv eller heltäckande bild av den psykiatriska vården av bipolär sjukdom typ II i Sverige då studien endast fokuserat på deltagarnas individuella upplevelser.

Denna studie har utifrån ett fenomenologiskt perspektiv utforskat fenomen såsom instabil självuppfattning och bristande acceptans kring diagnos och behandling hos personer med bipolär sjukdom, och resultaten går i linje med tidigare forskning på området. Uppsatsen indikerar med stöd i tidigare litteratur vikten av att i en terapeutisk miljö undersöka bipolära patienters självuppfattning, både för att minska risken för skov och för att möjliggöra en mer nyanserad och realistisk självbild som är lättare att leva upp till. För att få mer reliabelt stöd kring lämpligheten att utöva terapi med detta fokus föreslås forskning om effekten av psykoterapi med fokus på självet för patienter med bipolär sjukdom, förslagsvis utifrån både kvalitativ och kvantitativ ansats.

Slutsatser och kliniska implikationer

Sammantaget visade resultatet att bipolär sjukdom kunde skapa motstridiga självbilder beroende på stämningläge och en varierande värdering av självet. Även tendenser till höga krav och livsregler för att stärka en positiv självbild återfanns. Flera av deltagarna beskrev identitets- eller självförlust i samband med skov som en upprivande och skrämmande aspekt av sjukdomen. Vårdmiljön verkar kunna bli en plats där delar av självet etiketteras som något "sjukt", vilket kan uppfattas som positivt om det möjliggjorde ett placering av oönskade delar utanför självet. Å andra sidan verkade sjukdomsstämpeln inte upplevas som

meningsfull för de personer som inte önskade skilja ut delar av självet enligt den gränsdragning som psykiatri gör mellan friskt och sjukt. För dessa personer tycktes diagnosen istället skapa en känsla av begränsning av delar som de såg som positiva.

Studiens tolkningar av deltagarnas psykologiska processer kan förhoppningsvis bidra med ökad förståelse för de svårigheter som sjukdomen kan medföra och som kan vara fruktbara att bearbeta i terapeutisk behandling. Deltagarna i studien har dock beskrivit psykiatri som en miljö där det sällan finns utrymme att lyfta fler aspekter av sjukdomen än hur den förebyggs genom goda vanor och psykofarmaka. Med tanke på uppfattningen om psykiatriens bristande lyhörddhet som uttryckts under intervjuerna kan det tänkas att dessa teman sällan tas upp av patienterna själva, vilket i så fall lägger ansvaret för att ställa frågor om diskrepanser i självuppfattningen på behandlare. Min förhoppning är att föreliggande studie kan inspirera kliniker att uppmärksamma dessa frågor utöver sedvanlig behandling av bipolär sjukdom.

Referenser

- Ak, M., Lapsekili, N., Haciomeroglu, B., Sutçigil, L., and Turkcapar, H. (2012). Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychological Psychotherapy* 85, 260–267. The British Psychological Society. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02037
- Alloy, L., Bender, R., Whitehouse, W., Wagner, C., Liu, R., Grant, D., Jager-Hyman, S., Molz, A., Choi, J., Harmon-Jones, E., Abramson, L. (2012). High behavioral approach System (BAS) sensitivity, reward responsiveness, and goal-striving predict first onset of bipolar spectrum disorders: a prospective behavioral high-risk design. *Journal of Abnormal Psychology (1965)*, 121(2), 339-351. doi:10.1037/a0025877
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.). American Psychiatric Association
- Bentall, R., Myin-Germeys, I., Smith, A., Knowles, R., Jones, S., Smith, T., & Tai, S. (2011). Hypomanic personality, stability of self-esteem and response styles to negative mood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18 (5), 397-410. doi:10.1002/cpp.780
- Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whitehead, L., Panckhurst, A., O'Brien, A., & Joyce, P. (2012). Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 294-302. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01786.x
- Federn, P. (1953). *Ego, psychology and the psychoses*. New York: Basic books.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777–795.
- Freud, S. (2008). *Metapsykologi*. (2. Utg.) Natur och kultur.
- Fry, S. (Programvärd) & Wilson, R. (Regissör) (2006). *Stephen Fry: The Secret Life of the Manic Depressive* (TV-dokumentär). BBC
- Goossens, P., Knoppert-van der Klein, E., & Van Achterberg, T. (2008). Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(5), 245-253. doi:10.1016/j.apnu.2007.07.001
- Greenhouse, W., Meyer, B., & Johnson, S. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59(3), 237-241. doi:10.1016/s0165-0327(99)00152-4
- Inder, M., Crowe, M., Moor, S., Carter, J., Luty, S., & Joyce, P. (2011). 'It wouldn't be me if I didn't have bipolar disorder': Managing the shift in self-identity with bipolar disorder. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(4), 427-435. doi:10.1111/j.1752-9824.2011.01117.x
- Ironside, M., Johnson, S., & Carver, C. (2020). Identity in bipolar disorder: Self-worth and achievement. *Journal of Personality*, 88(1), 45-58. doi:10.1111/jopy.12461
- Jamison Redfield, K. (1995). *En orolig själ: En berättelse om att vara manodepressiv*. Natur och Kultur.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: problem and process in human development*. Harvard U.P.
- Koch, S. (red.) (1959). *Psychology: a study of a science. Study 1 Conceptual and systematic, Vol. 3 Formulations of the person and the social context*. McGraw-Hill.
- Kristeva, J. (1992). *Fasans makt: en essä om abjektionen*. Daidalos
- Lobban, F., Taylor, K., Murray, C., & Jones, S. (2012). Bipolar disorder is a two-edged sword: A qualitative study to understand the positive edge. *Journal of Affective Disorders*, 141(2), 204-212. doi:10.1016/j.jad.2012.03.001
- Mansell, W., Morrison, A., Reid, G., Lowens, I., & Tai, S. (2007). The interpretation of, and responses to, changes in internal states: an integrative cognitive model of mood swings

- and bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(5), 515-539.
doi:10.1017/S1352465807003827
- McWilliams, N. (2000). *Psykoanalytisk diagnostik: att förstå personlighetsstruktur*. Wahlström och Widstrand
- Meyer, B., Rahman, R., & Shepherd, R. (2007). Hypomanic personality features and addictive tendencies. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 801-810.
doi:10.1016/j.paid.2006.08.024
- Nycander, M (Manus och regi) & Lindström, K (Producent) (2006). *Rum för sjuka själar* (TV-dokumentär). Sveriges Television
- Pietkiewicz, I. & Smith, J.A. (2012) A practical guide to using Interpretative Phenomenological analysis in qualitative research psychology (engelsk version av Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii). *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361-369
- Scott, J., & Pope, M. (2003). Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 33(6), 1081-1088.
doi:10.1017/S0033291703007876
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Sage.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från:
https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf
- Wilson, L., Crowe, M., Scott, A., & Lacey, C. (2018). Psychoeducation for bipolar disorder: A discourse analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 349-357.
doi:10.1111/inm.12328
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. (2. ed.) Open University Press.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Hogarth Press.

Bilaga A:

Informationsbrev

Hej! Jag heter Hanna William-Olsson och läser sista terminen på Psykologprogrammet på Göteborgs Universitet. I mitt examensarbete våren 2022 har jag valt att skriva om identitetsupplevelse hos personer med bipolär sjukdom typ II. Jag skulle gärna vilja träffa dig som har diagnosen för en intervju, vid ett tillfälle som passar dig, i slutet av januari eller under februari.

Vad innebär det att tacka ja till att bli intervjuad?

- Intervjun tar ca 1 timme
- Intervjun sker på en överenskommen plats eller med videolänk (Zoom)
- Frågorna kommer att handla om din upplevelse av vem du är: hur den upplevelsen ser ut idag, hur den har sett ut tidigare och vilka strategier du har för att förstå dig själv. Jag kommer att ställa frågor kring hur din upplevelse av dig själv påverkats under skov och av att få en diagnos och behandling
- All information som ges kommer behandlas *anonymt*. Samtalet spelas in och ljudfilen förstörs efter transkribering
- Därefter kommer jag att skriva ett *anonymiserat examensarbete* och det du säger kommer inte att kunna kopplas till dig som person
- Det vi pratar om kommer endast att användas för mitt examensarbete i syfte att undersöka min frågeställning
- Deltagande är *helt frivilligt* och om du tackar ja kan du avbryta intervjun när du vill, och du behöver bara svara på de frågor du själv vill

Vem kan vara med?

För att delta i studien behöver du:

- Vara mellan 25 och 40 år gammal
- Ha haft diagnosen bipolär sjukdom typ II i minst 2 år
- Ha regelbunden kontakt med en psykiatrisk mottagning
- Behandlas med stämningsstabiliserande medicin

Observera att varken jag eller Göteborgs Universitet har möjlighet att erbjuda något terapeutiskt stöd. För detta bör du vända dig till din mottagning.

Jag skulle bli jätteglad om du ville delta i studien! Om du är intresserad eller har några frågor kan du kontakta mig på: gushannwi@student.gu.se

Vänliga hälsningar
Hanna William-Olsson
Psykologstudent

Handledare: Katarina Kornaros
katarina.kornaros@psy.gu.se

Bilaga B:

Intervjuguide

Har du några frågor om den information som jag skickat till dig innan?

Intervjun kommer fokusera på hur det var innan du fick din diagnos i början och sedan rör vi oss mot hur det är idag. Jag skulle vilja att du tänker dig in i hur du upplevde och såg på dig själv i olika skeden av livet när du svarar på frågorna.

- **Vill du börja med att berätta lite om dig själv och din livssituation?**
Prompts: Hur gammal är du? Vad har du för huvudsaklig sysselsättning just nu? Hur ser en vanlig dag ut för dig? Vad finns det för viktiga personer i din närhet, vänner, familj, partner? Vad tycker du om att göra när du är ledig?
- **Vem är du när du är symtomfri?**
Prompts: Kan du beskriva hur det är inifrån (exempel på hur du tänker, känner, agerar)? Hur relaterar du till andra när du är symtomfri? Hur ser du själv på dig när du är symtomfri? Hur ser andra på dig tror du?
- **På vilket sätt är din bipolära sjukdom en del av den du är?**
Prompts: Är sjukdomen en viktig del av vem du är? Varför/varför inte? Hur definierar du vem du är mer fritt (utöver det som har med sjukdomen att göra)?
- **Skulle du vilja berätta om ditt första skov?**
Prompts: Vad var det för typ av skov? Hur gammal var du? Hur såg livssituationen ut? Hur upplevde du skovet? Vilka konsekvenser fick skovet? Hur påverkade den händelsen din upplevelse av vem du är?
- **Vem blir du i ett depressivt skov?**
Prompts: Kan du beskriva hur det är inifrån (exempel på hur du tänker, känner, agerar)? Hur relaterar du till andra? Hur är en vanlig dag? Vad har du för självbild i depressionen? Hur ser du på den personen idag? Hur ser andra på dig tror du?
- **Vem blir du när du är uppvarvad?**
Prompts: Kan du beskriva hur det är inifrån (exempel på hur du tänker, känner, agerar)? Hur relaterar du till andra? Hur är en vanlig dag? Vad har du för självbild i hypomanin/manin? Hur ser du på den personen idag? Hur ser andra på dig tror du?
- **När stämningen skiftat, vad har det gjort med din helhetsupplevelse av dig själv?**
Prompts: Minns du hur det var efter de första skoven, kände du dig som en och samma person? Var det vissa tillstånd du identifierade dig mer med? Kunde skoven vara en del av din identitet? Vad tror du att andra har för helhetsbild av dig?
- **Tiden innan du fick din diagnos, hur förstod du ditt sätt att fungera?**
Prompts: Kan du minnas hur du själv tolkade ditt sätt att fungera? Om ja: Vad i så fall? Hur tänkte du kring det? Hur kändes denna förklaring för dig? Om nej: Hur tänkte du kring det? Hur kändes det för dig?
- **Var det lätt eller svårt att "make sense" kring hur du fungerade före diagnosen?**

Prompts: Om lätt: Hur påverkade det dig? Om svårt: Hur påverkade det dig? Hur hanterade du det? Vad fick det för konsekvenser?

- **Fanns det någonting som kunde göra det lättare och hjälpa till med förståelsen av dig själv?**

Prompts: Hade du några strategier för att förstå dig bättre, i så fall vilka? Fanns det personer i ditt liv som du kunde prata med som hjälpte dig förstå dig själv? Fanns det personer, berättelser eller teorier som du kunde spegla dig i?

- **På vilket sätt har din sjukdom påverkat hur andra människor ser på dig?**

Prompts: I vilken utsträckning är du öppen med diagnosen? Uppfattningar från personer som sett dig i skov/hört om din diagnos? Hur har du fått reda på de här åsikterna? Har du föreställningar om hur andra ser på dig? På vilket sätt har det påverkat dig?

- **Vill du berätta om när du fick din diagnos?**

Prompts: Hur gammal var du? Hur många skov hade du haft innan? Hur gick det till när du fick diagnosen? Hur påverkade diagnosen och behandling din förståelse av vem du är? Vad fick denna eventuellt nya förståelse för effekter för dig?

- **Har det funnits andra saker under senare år som påverkat hur du förstår dig själv?**

Prompts: I så fall vad? På vilket sätt?

- **Hur reagerar du idag när du får symtom?**

Prompts: Om du jämför med tidigare, hur påverkar symtomen din upplevelse av dig själv? Vad får du för tankar om dig själv? Hur känns det?

- **Finns det något du tänker att du hade behövt för att förstå dig själv bättre när du var yngre?**

- **Sammanfattningsvis, hur skulle du säga att du förstår dig själv idag?**

Prompts: Vad är den största skillnaden mot tidigare? Vad har det betytt för dig att förstå dig själv bättre? Hur har det påverkat hur du mår? Har du en annan upplevelse av dig själv nu när du förstår dig själv bättre? Har det förändrat hur du tänker, känner och agerar?

- **Skulle du vilja tillägga något som du tycker bör tas med i intervjun?**