

Caroline Comstedt och Katja Gerevald

Socionomprogrammet med inriktning mot etik och livsåskådning, 210 hp

Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för socialt arbete

Vetenskapsteori och vetenskapliga metoder med examensarbete, SEL 62, 20 hp, VT
2011

Handledare: Leonard Ngaosuvan

Examinator: Marie Nordfeldt

Bipolär sjukdom

-ur den anhöriges perspektiv

Abstrakt

Syftet med vårt arbete är att utforska upplevelsen av att vara partner till en person med diagnosen bipolär sjukdom. För att på bästa sätt kunna fånga upp intervjupersonernas berättelser har vi utfört semistrukturerade intervjuer. Den sammanlagda intervjutiden blev fyra timmar.

Vi har sedan tittat på den tidigare forskning som finns gällande bipolaritet och anhörigskap för att se om det finns likheter och skillnader hos våra intervjupersoner. Vi ville även se hur dessa personer hanterar de olika situationer som kan uppstå i ett förhållande där den ena parten har en psykisk sjukdom.

Studien är baserad på två intervjupersoner varav en tidigare har varit i kontakt med Ersta Psykiatri's anhöriggrupp. Det empiriska material som intervjuerna genererade har vi tematiserat och analyserat med hjälp av teorierna empowerment, coping och KASAM. Vi har sedan jämfört materialet med den tidigare forskning som vi funnit relevant för vår studie.

Studiens huvudresultat har visat att våra intervjupersoner besitter en stor kapacitet när det gäller att klara av svåra situationer som uppstår i livet och detta trots att det inte finns mycket stöd för anhöriga från vårdens sida. Det har visat sig viktigt för dessa individer att se ett sammanhang i det som sker och individen behöver förstå sin situation för att kunna hantera den på ett bra sätt. Familjen och de som står den bipolärsjuka närmast är de som bär den största bördan men det är även de som gör den bästa nyttan och bör därför uppmärksammas och stöttas.

Vi har lärt oss att vissa partners lever med en större börda och fler stressfaktorer än andra, men att människor hittar strategier för att överleva och kanske till och med uppskattar livet på ett annat sätt.

Nyckelord: bipolär sjukdom, anhörigskap, empowerment, coping, KASAM.

Abstract

The purpose with our thesis is to explore the experience of being a partner to a person with a bi-polar diagnosis. In order to catch the interviewees stories we have performed semistructured interviews. The total time of the interviews are 4 hours.

We have also studied previous research in regards to people with the bi-polar diagnose and their dependents in order to see similarities and differences between our interviewees. In addition, we wanted to see how these persons handles different situations that may occur in a relationship, in which one of the parties has the bi-polar diagnosis.

The study is based on two interviewees. One of those two has already been in contact with Ersta Psykiatris dependent group. The empirical material generated by the interviews has been grouped and analyzed based on the theories empowerment, coping and KASAM. The material has then been compared with previous research that we found relevant for our study.

The main result of the study has shown that the interviewees has a great capacity when it comes to coping with tough situations which arises in everyday life. This is despite the lack of support for spouses and family members from the social system. It has been shown important for these individuals to see a connection in what happens and the individual needs for his or her situation in order to handle it in the most efficient way. The family and those closest to the person with a bi-polar diagnosis are those who carries the biggest burden as well as fills the most important role. Therefore, they should be acknowledged and given support.

We have seen that some partners live everyday life with a bigger burden and stress factors than others. However, we've also seen that a person finds strategies to cope and survive and in some cases even appreciate life in another way.

Keywords: Bipolar Disorder, Relatives, Empowerment, Coping, KASAM.

Förord

Vi som uppsatsförfattare vill sända ett stort tack till de intervjupersoner som avsatte sin tid för att delta i våra intervjuer och lämnade ut sig själva och sina berättelser.

Tack också till Leo Ngaosuvan för handledning och idéer.

Innehållsförteckning

Inledning	7
<i>Vad är bipolaritet eller manodepressivitet?</i>	7
Syfte	9
<i>Frågeställningar</i>	9
Avgränsning	10
Metod	10
<i>Genomförande av intervjuer</i>	11
<i>Bearbetning av materialet</i>	11
<i>Ansvarsfördelning</i>	12
<i>Litteraturstudier</i>	12
<i>Urval</i>	12
<i>Förförståelse</i>	13
<i>Etiska överväganden</i>	13
Kvalitetsaspekter	15
<i>Validitet</i>	15
<i>Reliabilitet</i>	15
<i>Generaliserbarhet</i>	16
Bakgrund till ämnet	16
<i>Psykisk sjukdom</i>	16
Bipolär sjukdom	17
Sjukdomsorsak och sjukdomsframkallande	20
<i>Att vara anhörig och partner till en person med bipolär sjukdom</i>	22
Teoretiska referensramar	24
<i>Coping</i>	24
<i>KASAM</i>	27
<i>Empowerment</i>	28
Tidigare forskning	28
Resultat	34
<i>Bakgrund intervjupersoner</i>	34
<i>Att leva med en bipolär sjuk partner</i>	34
<i>Den dynamiska relationen</i>	36

<i>Mani/hypomani</i>	37
<i>Egna psykiska problem/hälsa eller kontroll och ansvar</i>	38
<i>Copingstrategier</i>	42
<i>Ekonomi</i>	43
<i>Stöd</i>	44
Analys	45
<i>KASAM</i>	45
<i>Coping</i>	46
<i>Empowerment</i>	48
<i>Tidigare forskning</i>	48
Slutsatser	50
<i>Hur upplever våra intervjupersoner att det är att leva med en bipolärsjuk partner?</i>	51
<i>Hur hanterar våra intervjupersoner den stress och yttre stimuli som kan uppkomma i deras relation?</i>	52
<i>Hur överensstämmer våra intervjupersoners upplevelser med tidigare forskning kring ämnet?</i>	53
Diskussion	54
<i>Förslag på framtida forskning</i>	56
Referenser	57

Inledning

Att leva är svårt brukar man säga. Människan ställs ständigt inför utmaningar i livet, det kan handla om att skapa sig en identitet, att bli vuxen, att vårda en kärleksrelation eller att bli förälder. Att träffa en partner och sedan bestämma sig för att leva tillsammans är en stor och viktig förändring i livet. Att sedan vårda den relationen är en utmaning som innefattar många moment och olika känslor. Att dessutom träffa en partner som är sjuk eller att leva vid sidan av en som insjuknar innebär en ännu större komplexitet i tillvaron.

Vi har intresserat oss för hur det kan se ut för en person att leva med en partner som har diagnosen bipolär sjukdom. Vi har utgått från de aktuella intervjupersonernas egna livsberättelser och sedan med hjälp av dessa och litteraturen försökt se liknelser och intressanta fenomen. Vi anser att anhöriga till psykiskt sjuka är en mycket viktig grupp i samhället och vill lyfta fram dessa. I våra intervjuer fick vi ta del av de svårigheter som kan uppstå när man lever med en bipolär sjuk person. Vi fick även veta vilka stressfaktorer som finns runtomkring och hur våra intervjupersoner hanterade dessa samt hur de tycker att deras egna liv och hälsa påverkas. Vi fick också veta vad de skulle önska för typ av stöd från samhället.

Vad är bipolaritet eller manodepressivitet?

Soares-Weiser m.fl. (2007, s.3-4) menar att bipolaritet är en mycket komplex sjukdom som utmärks av att sinnesstämningen kan skifta från mani till depression. Vid en mani kan den sjuke till exempel göra av med hela familjens kapital och vid en depression kan arbete och det sociala livet fallera helt. En mer utförlig beskrivning av manier och depressioner följer under kapitlet *bipolär sjukdom*.

Sjukdomen ser olika ut från person till person, en del kan ha milda svängningar medan andra har så svåra skiftningar att de inte kan klara av att leva ett vanligt liv. Även samhället påverkas i form av stora ekonomiska kostnader. Förutom sjukhuskostnader räknas även andra faktorer in som är vanligt förekommande när det gäller bipolära. Dessa faktorer kan till exempel vara arbetslöshet, hög frånvaro på arbetet och hög självmordsfrekvens.

Ytterligare en svårighet med sjukdomen är att den ofta blir feldiagnostiserad (Loganathan m.fl. 2007, s.682). En tredjedel av patienterna söker hjälp inom ett år från att symtomen börjat, men cirka 70 % får ingen diagnos förrän de träffat i genomsnitt fyra läkare. Det är vanligt att den sjuke förlorar många av sina vänner och även sin partner på vägen. Michalak (Michalak, m.fl. 2006, s. 25-37) har intervjuat ett femtiotal bipolär sjuka personer för att se hur

deras livskvalitet såg ut. Frågorna var strukturerade utifrån teman varav ett tema handlade om det sociala livet gällande vänner, familj och förhållanden. Somliga intervjupersoner menade att det var i deras maniska tillstånd som vännerna försvann eller förhållanden sprack. En kvinna förklarade att hon integrerade mer med människor när hon var manisk. Det var även då hon på grund av sin sjukdom kunde agera på ett otillbörligt sätt och kasta ur sig konstiga kommentarer som gjorde att vänner och bekanta drog sig undan och tyckte hon var underlig. När hon var deprimerad var det enligt andra lättare att vara i hennes närhet och även det faktum att hon under dessa perioder höll sig mer för sig själv gjorde att den sidan av sjukdomen inte ställde till med lika mycket skada i det sociala samspelet.

Psykisk sjukdom brukar ofta gå under benämningen ”de anhörigas sjukdom” på grund av att de som lever med den sjuke påverkas i mycket hög grad på flera olika sätt. Den bipolära sjukdomen är inget undantag utan är även den en sjukdom som i stor grad påverkar den sjuke och hela dennes omgivning. De anhöriga måste lära sig att hantera en vardag där mycket är oberäkneligt. Det som också kan vara tufft med just psykiska sjukdomar är att den sjuke ofta kan samla sig och uppvisa ett ”normalt” beteende i mötet med vården. Finns det några problem så beskylls ofta den sjukes omgivning och familj. Förvånande ofta så låter sig läkare och annan vårdpersonal övertygas av detta vilket leder till att den sjuke inte blir intagen för vård (Moberg, 2005, s.10). Man skulle kunna säga att ju mer en psykiskt funktionshindrad person liknar en frisk person, desto mer svårigheter kan uppstå på grund av dennes omgivnings oförmåga att uppfatta avvikelsen. Dessa svårigheter kan yttra sig i bland annat problem med ekonomi, rädsla, skam och konflikter med mera. En familj som har en psykiskt sjuk familjemedlem börjar ofta utveckla ett beteende där de trippar på tårna och använder olika strategier för att undvika konflikter (Moberg, 2005, s.11).

I Storbritannien har stora resurser lagts ner på familjemedlemmar eller anhöriga som tar hand om schizofrena (Hill, Shepard & Hardy, 1998, s. 611-620). Det finns dock inte mycket hjälp att få som anhörig till personer med andra psykiska sjukdomar, däribland bipolära, trots att det finns lika stora problem. Då räknas inte minst det höga självmordsantalet. Ett undantag är några forskare i Manchester som nyligen tagit fram ett program för att identifiera återfall hos bipolära. Den tidigare forskningen har koncentrerat sig på den sjuke och sjukdomens symtom och de anhöriga har glömts bort, både vad gäller deras egen hälsa och hur de hanterar den ofta svåra familjesituationen. Det har även lagts mer fokus på föräldrar till psykiskt sjuka personer och partners har då hamnat i skuggan. I Hills studie skickades ett frågeformulär ut till två självhjälpgrupper. Resultatet visade att de flesta hade ingen eller väldigt lite kontakt med sjukvården och en stor andel önskade att få lära sig mer om copingstrategier. Att vårda

en partner som har bipolär sjukdom är inte något som en människa förväntas göra naturligt, desto mer anmärkningsvärt är det att dessa personer ska utföra denna vård utan stöd eller kunskap.

Alla som lever nära en psykiskt sjuk person vet att det är svårt, men det kan också ge nya perspektiv på livet och omvärlden. Man kan fundera över vad som egentligen är det normala och varför det skulle vara så eftersträvansvärt. Den anhöriga blir tvungen att vidga sina kunskaper och utvärdera sina erfarenheter. De måste blicka in i sig själva och fundera över sina relationer till andra människor. Ett positivt resultat av detta kan bli större personliga insikter som i sin tur leder till positiva upplevelser. Ofta är den psykiskt sjuka människan originell, egensinnig, charmig och djupt begåvad samtidigt. Som anhörig får man ständigt träna på att inte ta något eller någon för givet. Bipolär sjukdom är mycket vanlig bland kreativa människor och är ofta knuten till skapande och nytänkande.

Syfte

Syftet med uppsatsen är att beskriva och synliggöra några anhörigas upplevelser av sitt liv med en bipolärsjuk partner. Vi önskar vidare att utöka kunskapen om anhörigskap och bipolär sjukdom, med fokus på parrelationen. Vi har undersökt om det finns gemensamma upplevelser bland intervjupersonerna och i den tidigare forskningen. Utöver det har vi velat titta på hur intervjupersonerna hanterar sina upplevelser genom att använda oss av teorierna coping, KASAM och empowerment.

Frågeställningar

Vi vill undersöka:

Hur upplever våra intervjupersoner att det är att leva med en bipolärsjuk partner?

Hur hanterar våra intervjupersoner den stress och yttre stimuli som kan uppkomma i deras relation?

Hur överensstämmer våra intervjupersoners upplevelser med tidigare forskning kring ämnet?

Avgränsning

Vi har begränsat vår studie till att intervjua vuxna partners som lever eller har levt med en person som fått diagnosen bipolär sjukdom. Vi har valt att inte ta med några köns- eller åldersaspekter i vår analys.

Metod

Då syftet med vår uppsats var att belysa några individers upplevelse av att leva med en partner som har bipolär sjukdom har vi valt att utgå från en kvalitativ ansats.

Då vi framförallt var intresserade av känslor, tankar, strategier och reaktioner kring detta valde vi intervju som metod. Vi ville förstå och beskriva våra intervjupersoners situation och livsvärld utifrån deras egna perspektiv och valde därför en semistrukturerad intervjuform.

Vi formulerade från början ett antal relevanta teman kopplade till våra frågeställningar och sedan utgick vi ifrån dessa. Då vi ville vara noga med att täcka in alla relevanta områden formulerade vi också några öppna följdfrågor. Dessa behövde vi dock inte alltid ställa då våra intervjupersoner öppnade sig så pass mycket ändå.

Våra intervjuer syftar till att fånga det specifika i den intervjuades värld och vi efterfrågar inte vad anhöriga i allmänhet upplever (Kvale, 1997, s. 36-37.) Det material som vi har använt för att beskriva ämnets bakgrund har vi funnit genom att utföra litteratursökningar på flera bibliotek i Stockholm. Vi sökte då i bibliotekens sökkataloger på ämnena psykisk sjukdom, bipolär sjukdom och anhörigskap.

Den tidigare forskning som vi beskrivit har vi funnit genom att använda oss av sökmotorerna Academic search premier, Libris, DiVA, Soc Index, Pub Med och Medline. Vi har använt sökorden bipolar disorder (34 träffar), manic depression illness and relatives (84 träffar) and social life (3 träffar) or relations (3 träffar) or husbands/wives (0 träffar) på Ersta Sköndal Högskolas bibliotek och Socialhögskolans bibliotek. Vi valde därefter ut de artiklar som vi ansåg var relevanta för vår studie. Då vi inte har fokuserat på den medicinska aspekten som de flesta studier handlar om, fick vi endast kvar ett fåtal rapporter. Våra teoretiska utgångspunkter har vi valt efter vad vi har tillgodogjort oss under vår utbildning och sedan under arbetets gång har vi använt oss av dels studentlitteratur och dels annan facklitteratur.

Genomförande av intervjuer

Då vi var måna om att försöka fånga upp vad informanten själv tyckte var viktigt och intressant valde vi som tidigare beskrivet en semistrukturerad intervjuform (Kvale, 1997, s. 34). Intervjuerna har därför haft karaktär av personliga livsberättelser med början då intervjupersonerna träffat sin partner och framåt. En fördel med den semistrukturerade intervjun är att eventuella otydligheter från båda håll kan fångas upp och förklaras direkt. Vi använde endast tre teman under intervjun. Detta gjorde vi för att ha så få färdiga kategorier som möjligt och för att vara så öppna som möjligt för nya teman och fenomen (a.a s. 37). Intervjuerna spelades in med ett dataprogram för att vi senare skulle kunna använda oss av exakta citat.

Vi har båda deltagit vid intervjuerna och vi har försökt att hjälpas åt att skapa trygghet i intervjusituationen genom att vara inkännande och lyhörda för vilka frågor som varit passande att ställa i den specifika intervjusituationen.

Vidare var intervjupersonerna informerade om att de inte var tvungna att svara på något om de inte ville. Vi har även varit måna om att vara en stödjande och medkännande part då vi vet att våra samtal innebär berättelser om svåra situationer i livet och låtit intervjupersonen få prata fortlöpande utan att avbryta. I de situationer där den intervjuade varit mer fåordig har vår roll varit mer aktiv för att samtalet ska gå vidare.

Vi har turats om att vara huvudintervjuare och den andre flikade då under tiden in med kommentarer och uppföljande frågor. Samtalsstrukturen föll sig mycket naturligt efter hand. För att skapa trygghet (Larsson, Lilja, Mannheimer, 2005, s.337) har vi låtit informanterna bestämma tid och plats vilket inneburit en del resande både inom och utanför Stockholm. Vår upplevelse var att informanterna var avslappnade och avspända under intervjuerna. Båda informanterna godkände att vi spelade in intervjuerna.

Bearbetning av materialet

I direkt anslutning till intervjuerna hade vi som uppsatsförfattare en dialog där vi jämförde och diskuterade våra intryck, känslor och tankar inför intervjupersonernas berättelser. Vi antecknade dessa för att använda till vår kommande analys. Vi turades sedan om med att transkribera intervjuerna.

Transkriberingen analyserades omedelbart och tematiserades i relevanta kategorier. Vi började tidigt upptäcka intressanta teman som återfanns i båda intervjuerna. Dessa teman gick också att finna i litteraturen.

Våra intervjuer har varit utgångspunkt för vår analys. Vi har haft en induktiv ansats med denna empiri som grund. Med detta menar vi att vi innan intervjuerna inte hade bestämt oss för någon teoretisk ram eller hållning. Vårt syfte var som tidigare förklarats att beskriva intervjupersonernas upplevelser, tankar och känslor.

Allt eftersom vi analyserade materialet utkristalliserade sig mönster, likheter och teman. Själva analysen tog sedan en deduktiv vändning då vi fann det intressant att titta på materialet med vissa teoretiska perspektiv. Vi har sedan genom att ha ett hermeneutiskt synsätt tolkat det material vi fått fram (Larsson 2005, s.93). Med detta menar vi att vi tolkat vårt material och inte sökt efter någon absolut sanning. Vår förståelse har vuxit fram efterhand och möjliggjort vidare tolkningar.

När det gäller analysmetod har vi använt oss av meningskoncentrering vilket vi har använt efter att ha transkriberat våra intervjuer. Detta har vi gjort för att mer kortfattat kunna beskriva intervjupersonernas berättelser och få fram det som vi ansåg vara mest relevant för vårt resultat. Vad vi också använt när vi gått igenom vårt material är det som Lilja m.fl. (2005) kallar för meningskategorisering. Denna metod hjälpte oss att finna mer övergripande kategorier eller som vi kallade dem, teman, gällande intervjupersonernas långa berättelser.

Ansvarsfördelning

Ansvaret i vårt uppsatsarbete har under hela processen varit jämnt fördelat mellan oss båda. Vi anser att vi har varit lika delaktiga under arbetets gång med såväl själva genomförandet av intervjuerna och transkriberingen. Vi har sedan tillsammans bearbetat vårt material, analyserat våra resultat och dragit slutsatser av dessa.

Litteraturstudier

För att sätta oss in i ämnet och för att kunna orientera oss i området har vi sökt litteratur som handlar om ämnena bipolär sjukdom och anhörigskap. Vi har läst böcker, broschyrer, avhandlingar och tidningsartiklar. Vi har även hittat en del tidigare forskning som knyter an till vårt syfte och våra frågeställningar.

Urval

Initialt var vår plan att vi skulle genomföra minst sex intervjuer. Vi tog i ett första steg kontakt med Ersta Psykiatri för att höra om de kunde hjälpa oss att få kontakt med relevanta

intervjupersoner. I detta första steg fick vi ingen stor respons utan blev rekommenderade att i stället vända oss till föreningen Balans (en förening för dem som upplevt mani, depression eller växlande perioder och för närstående). Vi fick där kontakt med en anställd som lovade att undersöka saken. Vi ville från början vända oss till olika anhöriggrupper eftersom vi tänkte att de redan var i en process och att det skulle vara lättare att prata om anhörigskapet. Vi ville att den sjuke skulle ha fått diagnosen bipolär sjukdom och att partner skulle vara över 18 år. Det var svårare än vi trodde att hitta intervjupersoner och efter några veckor hade vi inte fått tag på någon. Vi fick då använda oss av snöbollsmetoden (Larsson, Lilja & Mannheimer, 2005, s. 174) och skickade ut förfrågningar via Facebook, Föreningen Balans och Bipolarna (en hemsida för personer med bipolär sjukdom). Våra sammanlagda försök ledde endast till att etablera kontakt med tre intervjupersoner. Efter att ha genomfört två av dessa intervjuer avbokades den tredje av intervjupersonen i ett sent skede.

Vi anser att vårt urval är representativt när det gäller partners till bipolärsjuka men spridningen har dessvärre inte blivit tillräckligt bred. Vår tanke bakom uppsatsen var dock inte att utföra en statistiskt säkerställd studie utan vårt intresse låg i de anhörigas individuella upplevelser.

Förförståelse

Inom den hermeneutiska läran finns en grundtanke om att vi aldrig möter vår värld förutsättningslöst utan att vi alltid förstår saker mot bakgrund av vissa förutsättningar. Den förförståelse vi hade med oss i uppsatsarbetet är att en av oss själv är anhörig till en person med bipolär sjukdom och att den andre själv har en diagnos. Som socionomstudenter har vi också med oss en förförståelse gällande teorier och begrepp som ingår i vår utbildning.

Sammantaget gör detta att vår uppsats, på ett medvetet och omedvetet sätt, påverkas av vår förförståelse. Detta kan synas i vad vi väljer att lyfta fram, vilka tolkningar vi gör och vilka slutsatser vi drar.

Etiska överväganden

Under hela processen har vi varit noga med att beakta de forskningsetiska principer som finns.

Vi ville framför allt försöka undvika att intervjupersonerna skulle få några negativa konsekvenser av att delta i vår studie. Av denna anledning ville vi i första hand komma i kontakt med individer som redan befann sig i en anhöriggrupp då vi ansåg att dessa redan var

inne i en bearbetningsprocess. Då detta misslyckades på grund av bristande intresse från gruppernas sida och vi fick använda oss av andra metoder så förde vi i stället en dialog med intervjupersonerna innan för att nogsamt informera dem om vad som skulle komma att tas upp i intervjun.

Vi har följaktligen använt oss av informerat samtycke vilket betyder att vi via e-mail har informerat våra intervjupersoner om syftet med vår undersökning samt vilka eventuella risker och fördelar det kan innebära. De har därefter fått tid att fundera innan de har tagit ställning till att delta. En risk kan vara just att undersökningen väcker många tankar som lämnas obearbetade när intervjun är över och att det behövs uppföljning av professionella för att hantera och bearbeta dessa tankar. Fördelar kan vara att det blir ett terapeutiskt tillfälle där intervjupersonen får stå i fokus och berätta sin egen unika historia.

Ett av våra mål har varit att förbättra kunskapen och att förhoppningsvis i längden bidra till att förbättra situationen för denna grupp av anhöriga. Då vi inte kan veta innan vad som kommer fram i våra semistrukturerade intervjuer måste vi vara extra lyhörda för om det uppkommer känslig information och sedan fundera över vad vi kan använda i vår analys.

Vi måste vara medvetna om att vi som forskare har tolkningsföreträde. Med det menar vi att vi som forskare sitter med makten att välja vad och hur vi vill analysera vårt material. Vi är också medvetna om att vi båda har egna erfarenheter av ämnet och att det kan påverka vår undersökning. Vi kommer att föra diskussioner sinsemellan för att undvika att identifiera oss med intervjupersonerna och därmed tappa ett objektiva förhållningssätt till vårt material. Vi hoppas att våra erfarenheter från två olika perspektiv kan bli till en tillgång och istället ge bredd åt undersökningen.

Alla deltagare har deltagit frivilligt och det finns inga kända kopplingar mellan oss som forskare och intervjupersonerna. Deltagarna informerades om att de svarade på frågorna frivilligt och att de hade möjlighet att avbryta intervjun när som helst.

För att möta det forskningsetiska kravet gällande konfidentialitet har det insamlade materialet avidentifierats och inga privata detaljer kommer att lämnas ut i vår uppsats. Materialet har under hela tiden förvarats så att inga utomstående har kunnat nå det. Alla insamlade uppgifter kommer endast att användas för forskningsändamålet, detta för att möta det etiska nyttjandekravet. Vi har sedan informerat våra intervjupersoner om hur vi kommer att publicera vårt material och även erbjudit dem att ta del av den färdiga uppsatsen.

Kvalitetsaspekter

Validitet

Validitet handlar om kopplingen mellan teori och empiri, det vill säga hur man får en god överensstämmelse mellan teoretiska definitioner och operationella indikatorer och att man verkligen mäter det man påstår sig mäta (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Wängnerud, 2007, s.61).

Det handlar också om att vi har valt rätt metod och rätt intervjupersoner för vår studie.

I vår studie har vi använt den kvalitativa intervjun som mätinstrument. Detta är det naturliga sättet för att mäta en individs personliga upplevelser. Vi har vidare specifikt sökt efter intervjupersoner som är just partners till bipolärsjuka.

I en intervjusituation kan det föreligga risk för så kallade intervjuareffekter (Esaiasson, Giljam, Oscarsson, Wängnerud, 2007, s.265) vilket innebär att intervjuaren på något sätt påverkar intervjupersonens svar. Om detta har skett i vår studie är svårt att avgöra, vi har därför valt att låta en oberoende person läsa vårt avidentifierade material och därefter lämna reflektioner för att öka validiteten. I dessa framkom inga synpunkter på att vi ställt ledande frågor eller uttryckt oss på något värderande sätt. Det går dessvärre inte att veta huruvida intervjupersonerna medvetet eller omedvetet påverkats av vårt uttal, mimik och eventuella gester (Esaiasson m.fl. 2007, s.266).

Gällande begreppsvaliditeten anser vi att det finns en god överensstämmelse mellan vårt syfte som är att undersöka upplevelsen av att leva med en person med bipolär sjukdom och vår empiri som är de individuella upplevelserna hos våra intervjupersoner. När det kommer till resultatvaliditeten har denna endast kunnat mätas i efterhand då vi genomfört vår empiriska studie och vi anser att vi i analysen har mätt det vi från början avsåg att mäta.

Reliabilitet

Begreppet reliabilitet handlar om med vilken precision man mäter. Kravet är att resultatet av mätningen ska bli oförändrat om mätningen utförs igen (Carlsson, 1991, s.88). Resultatet ska alltså vara tillförlitligt.

Det finns många faktorer som kan påverka studiens tillförlitlighet bland annat intervjumiljön och forskaren själv.

När det gäller en kvalitativ intervju är det en förutsättning för reliabiliteten att frågorna är tydligt formulerade. Vi upplevde under våra intervjuer att intervjupersonerna förstod våra

frågor och i de fall då något var oklart ställde de motfrågor som vi försökte besvara på bästa sätt.

I övrigt är det svårt att mäta reliabilitet vid en intervju då en ny liknande intervju ändå skulle vara en ny social situation. Känslor, tankar och insikter kan förändras med tiden. Det vi ändå har ansett viktigt för att hålla hög reliabilitet har varit att noggrant dokumentera allt vi gjort för att en eventuell extern granskning skulle kunna följa vår forskningsprocess utifrån vårt insamlade material.

Även ljudinspelningen av intervjuerna ökar vår reliabilitet då vårt material går att kontrollera.

Generaliserbarhet

Generaliserbarhet innebär att studien i någon form ska vara överförbar i andra miljöer, populationer eller processer (Backman, 2008, s.75). En stor kvantitativ studie kan göra ett större anspråk på hög generaliserbarhet. Vår kvalitativa studie med semistrukturerade intervjuer kan inte ge någon hög generaliserbarhet men däremot kan studiens resultat ge värdefull kunskap om enskilda personers upplevelser och tankar.

Bakgrund till ämnet

Psykisk sjukdom

När en människa insjuknar i psykisk sjukdom påverkas alla medlemmar i den personens familj. Familjemedlemmarna ser hur någon de älskar börjar må dåligt eller kanske betar sig annorlunda. Den sjuke kan dra sig undan eller blir kanske till och med våldsam.

Familjemedlemmarnas rädsla och förtvivlan förvärras ofta av att de funderar över om de själva kan ha bidragit till insjuknandet. Den som lever allra närmast den sjuke är också ofta den som drabbas mest. Eftersom människor som är drabbade av psykisk sjukdom ofta inte själva söker hjälp har partnern ofta varit tvungen att försöka övertala sin närmaste att söka vård vilket i sig är en stor påfrestning i relationen.

Det finns många bakomliggande och ofta oförklarliga faktorer till att en människa blir psykiskt sjuk. En vanlig förklaring är stress-sårbarhetsmodellen (Moberg, 2005, s.10) som betyder att sjukdomen utlöses av en kombination av sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Ärftliga faktorer eller trauman från barndomen kan ge upphov till ökad sårbarhet. Om det finns psykisk sjukdom sedan tidigare i släkten ökar också risken för insjuknande. De

flesta som har psykisk sjukdom i släkten blir dock inte sjuka själva utan det behövs en utlösande faktor i den omgivande miljön (Moberg, 2005, s.11).

Bipolär sjukdom

Manodepressivitet är en benämning som använts sedan århundraden och ofta låter mer bekant i folks öron. Idag har man mer och mer övergått till att kalla diagnosen för bipolär sjukdom.

Bipolär sjukdom är en kronisk psykisk sjukdom som återkommer i perioder/skov. Sjukdomen karaktäriseras av att individen växlar mellan återkommande perioder med manier/hypomanier och depressioner. I dessa perioder är stämningläget förändrat som regel under några veckor eller månader. Bipolär sjukdom är vanligt, cirka 1 % av Sveriges befolkning drabbas av bipolärt syndrom typ 1 och 3-5 % drabbas av det vanligare syndromet typ 2 (Mofors, 2010, s.19).

Vid mani är sinnesstämningen förhöjd och kan innehålla bland annat hyperaktivitet, eufori, pratsamhet, grandiosa idéer, irritabilitet, aggressivitet, vårdslöst beteende och sömnsvårigheter (Kristofferson och Tranvåg, 2008). Omgivningen kan ofta känna sig besvärade av den maniske då denne gärna pratar mer än lyssnar och tappar distansen till andra. Den sjuke blir ofta djupt engagerad i sina egna idéer och har flygande tankar men är samtidigt lätt distraherad vilket kan göra det svårt för andra att hänga med. På grund av en sänkt impuls kontroll kan manin leda till att den sjuke gör av med mycket pengar på impulsiva och onödiga inköp. Manierna kommer ofta smygande men kan också komma plötsligt inom ett par dagar. Vanliga tecken är minskat sömnbehov och minskad sjukdomsinsikt. Den sjuke överskattar ofta sin egen förmåga. Om manin får fortskrida är det inte ovanligt med psykotiska (verklighetsfrämmande) symptom som till exempel storhetsvansinne. Manikern kan känna sig som speciellt utvald, ofta finns inslag av religiösa upplevelser. Många gånger är också den sexuella lusten ökad. En obehandlad mani kan vara livshotande då kroppen till slut inte orkar med den enorma belastning som kommer med ett långvarigt förhöjt tempo och brist på sömn. Dessutom ökar risken för att den sjuke hamnar i farliga situationer eller fattar dåliga beslut. Vid manier blir det ofta nödvändigt med sjukhusvård då funktionsnivån sänks så pass mycket att den påverkar individens arbetsförmåga och relationer.

Det finns flera typer av stämninglägesförhöjningar och när uppvarvningen är lindrig kallar man den för hypomani. Vid hypomani blir inte funktionsnivån lika sänkt utan den drabbade kan ofta fortsätta arbeta utan sjukskrivning. Hypomani är sällan en anledning till att bli inlagd på sjukhus.

Depressionen däremot, har ett sänkt stämningläge och kan innefatta bland annat sömnsvårigheter, nedstämdhet, bristande energi, trötthet, förlust av intresse, låg självkänsla, skuld känslor, självmordstankar och handlingar (Kristoffersson och Tranvåg, 2008).

Sinnesförnimmelserna blir ofta avtrubbade och kan leda till aptitlöshet (Mofors, 2010, s.10).

Det är mycket vanligt att den sjuke får ångest och tappar intresse och lust. För de flesta är depressionerna mer förekommande och längre än manierna.

Liksom vid mani kan psykotiska inslag förekomma, fast nu med depressivt innehåll. Den sjuke kan uppleva sig värdelös och tappa allt hopp, många tror att de har fått kroppsliga sjukdomar. Många deprimerade har tankar på döden och en del har direkta självmordstankar och planer. I vissa tragiska fall leder detta till självmordsförsök och ibland leder dessa försök till döden.

Självmordsrisken uppskattas hos bipolärsjuka till att vara nio gånger högre än hos andra (van der Bijl, m.fl., 2009).

Enligt gammal myt sägs det att människor som pratar om självmord inte tar sina liv. Men i själva verket föregås ofta suicidhandlingar av kommunikation kring död och självmord (Mofors, s. 2010, s.10). Därför är det så viktigt att det tas på stort allvar, både från anhöriga och från personal. När depressionen går över släpper också oftast suicidala tankar.

1. Symptom vid depression

- | | |
|---|--|
| - Nedstämdhet, tomhetskänsla | - Motorisk oro eller tröghet |
| - Minskat intresse eller glädje i aktiviteter som vanligen upplevs positiva | - Sänkt koncentration, minne; svårt att fatta beslut |
| - Hopplöst, negativism | - Rastlöshet eller irritabilitet |
| - Skuld-, värdelöshetskänslor | - Sömnrubbing (för mycket eller för lite sömn) |
| - Ångest, oro | - Minskad aptit, viktnegång |
| - Minskad sexlust | - Värk eller kroppsliga symtom |
| - Tyngdkänsla, minskad energi | - Tankar kring döden, självmord |

2. Symptom vid mani

- Förhöjt stämningsläge	- Orealistisk tilltro till egen förmåga, grandiositet
- Ökad energi, aktivitetsnivå och rastlöshet	- Dåligt omdöme
- Provocerande, påträngande eller aggressivt beteende	- Ekonomiska utsvävningar
- Irritabilitet	- Ökad sexlust, hängivenhet åt lustfylld aktivitet
- Rusande tankar, snabbt tal, byter ofta ämne	- Missbruk - alkohol, droger eller läkemedel
- Disträherbarhet, svårt att koncentrera sig	- Dålig insikt - förnekar att något är fel
- Minskat sömnbehov	

3. Psykotiska symtom

Vid allvarligare former av mani eller depression kan psykotiska (icke verklighetsförankrade) symtom uppträda: Vanliga sådana är:

- Hallucinationer (höra eller se saker som inte kan upplevas av andra)
- Vanföreställningar (orimliga föreställningar vilka inte låter sig påverkas av andra)
- Oförmåga att kommunicera till följd av uttalad uppvarvning, hämning eller uppsplittrat tal.

Sjukdomsbilden kan variera kraftigt och kan innehålla både maniska och depressiva symtom på samma gång (Mofors, 2010, s.8) och dessa kan svänga om varandra flera gånger om dagen. Detta kallas blandtillstånd och vid detta tillstånd är det ofta nödvändigt med sjukhusvård.

Tiden mellan skoven varierar stort. En del kan ha flera år emellan sina insjuknanden, vilket framför allt är vanligt hos yngre individer. Forskning har visat på att de sjukdomsfria intervallen blir kortare med åren (Mofors, 2010, s.11). Episoderna ser ut att komma tätare med tiden och betydelsen av utlösande faktorer minskar. Eventuellt kan tidigt insatt preventiv behandling förhindra en sådan utveckling.

En liten grupp bipolärsjuka utvecklar rapid cycling (snabba växlingar) vilket betyder att man drabbas av fyra eller fler skov under samma år (a.a. s.11).

Bipolär sjukdom kan vara svår att upptäcka och ibland dröjer det år innan den drabbade får rätt diagnos och korrekt behandling. Ofta anges femton år som en genomsnittlig väntetid på rätt diagnos (Moberg, 2010, s.128). En orsak till denna svårighet är diagnosens dubbelnatur.

När individen är uppvarvad, framförallt hypoman, upplever denne sig full av energi, mår bra och är liksom hög på livet. På grund av detta söker de sällan vård. De flesta söker däremot hjälp vid sina depressioner men vid dessa tillfällen berättar de vanligen inte om sina tidigare uppvarvade perioder vilka är mycket viktiga att känna till (Mofors, 2010, s.14). Här ser man ett exempel på hur viktigt det kan vara att prata med sjuka människors anhöriga för att få veta hur de uppfattar situationen i sin helhet.

Ytterligare en svårighet med att ställa diagnos är att symtomen vid bipolär sjukdom ofta kan sammanfalla med symtom på andra diagnoser som till exempel ADHD, ångestsyndrom, psykosjukdom, missbruk och borderline. Dessa symtom är till exempel överaktivitet, ångest, impulsivitet, psykotiska symtom och ibland missbruk.

Första insjuknandet i bipolär sjukdom är ofta i 20-årsåldern men man kan många gånger spåra humörsvängningar från tidiga tonåren (Mofors, 2010, s.16).

Idag vet man inom psykiatrin att diagnosen också förekommer hos barn men då symtomen ofta påminner om eller samstämmer med symtomen för en ADHD-diagnos så kan det dröja innan rätt diagnos sätts.

Bipolaritet under tonåren förekommer ofta samtidigt som panikångest vilket i sig är en svår och jobbig sjukdom. Detta innebär också att självmordsrisken ökar kraftigt till att bli dubbelt så hög som vid en vanlig depression (Moberg, 2005, s.128).

Bipolär sjukdom är lika vanligt hos män som hos kvinnor (Mofors, 2010, s.16). Huruvida bipolaritet finns även hos yngre barn är ännu en kontroversiell fråga som kräver mer forskning för att fastställa. Vissa hävdar att sjukdomen tar sig uttryck hos barn genom känslomässig labilitet och hyperaktivitet. Det verkar dock vara ovanligt med manodepressiva skov innan puberteten (Strober, 1992).

Sjukdomsorsak och sjukdomsframkallande

De studier som finns, bland annat på tvillingar, visar att sjukdomen troligtvis är genetisk. Släktingar till personer med bipolär sjukdom har oftare känslomässiga störningar i förhållande till övriga populationen.

Det finns inget botemedel för bipolaritet men det finns en mängd olika mediciner där Lithium är den som är vanligast. Den fungerar långtidsverkande.

Det som för närvarande är ett outforskat område är hur man ska medicinera barn och ungdomar vid akuta maniska skov och depressioner samt att hitta den gen som skapar sårbarhet för bipolaritet (Strober, 1992).

Insjuknandet föregås ofta av någon typ av belastning eller stress som till exempel stora livshändelser som separationer, konflikter, intensivt arbete eller liknande. I samband med utlösandet finns nästan alltid en period med sömnbrist. Utlösande kroppsliga händelser kan till exempel vara hormonomställningar vid barnafödande.

Hos unga människor visar sig sjukdomen oftast som en svår depression. Tonåringar som vårdats på sjukhus för depression utvecklade i 20 procent av fallen bipolär sjukdom inom en femårsperiod (Moberg, 2005, s.128) Om en depression kommer plötsligt är det ett särskilt tecken på att den är ett symptom på bipolaritet. Amningspsykos är ofta ett uttryck för bipolär sjukdom (Mofors, 2010, s.16). Manier kan också utlösas av droganvändande och av en del mediciner.

Bipolaritet rymmer ett stort spektrum av olika tillstånd men som alla har svängningar i stämningsläge gemensamt. Idag delar man vanligen in bipolaritet i tre typer.

Bipolärt syndrom typ 1

Den klassiska manodepressiva diagnosen som präglas av återkommande skov med depressioner respektive manier. Vårdbehov är mycket vanligt. Emellan skoven förekommer oftast inga symptom.

Bipolärt syndrom typ 2

En lindrigare och mer vanlig form av manodepressivitet. Denna typ präglas av perioder med hypomani och depressioner.

Cyklotomi

Korta perioder med nedstämdhet respektive hypomanier. Symtomen i diagnosen är inte lika uttalade eller långvariga (Mofors, 2010, s.18).

Det finns ingen lösning som passar alla sjuka utan man måste se till individuella sårbarhetsfaktorer och kombinera detta med medicinering och terapeutisk behandling. Det är viktigt både för den sjuke och dennes anhöriga att känna igen tecknen på återinsjuknande för om man påbörjar behandlingen i ett tidigt skede kan insjuknandet ofta stoppas eller lindras. (Mofors, 2010, s.8). När det gäller medicinering så är det naturligtvis mycket bra och kan vara

till stor hjälp om man hittar en fungerande dos men många människor har svårt att tåla de starka medicinernas biverkningar vilka i sin tur också påverkar de anhöriga i stor utsträckning. Ett annat vanligt problem är diagnosen kan vara svårupptäckt. Den sjuke söker oftast hjälp under sina depressioner och berättar då inte om tidigare uppvarvade perioder. En vanlig ordination från läkaren är då antidepressiv medicin vilket i sin tur kan utlösa uppvarvningsymtom och manier. Det är ofta först efter en längre tid, när man kan se ett mönster som rätt diagnos kan ställas.

Bipolära personer har ofta svårt att själva acceptera sin sjukdom, framförallt i de hypomana eller maniska perioderna (Moberg, 2005, s.31). Det som behövs på medicinsk väg är oftast någon stämnings/humörsstabiliserande medicin, ungefär på samma sätt som en diabetiker kontrollerar sitt socker med insulin. Fyra av fem bipolärsjuka patienter blir hjälpta av Litium (Moberg, 2005, s.126). Några få människor med diagnosen bipolär sjukdom lyckas hantera sina humörsvängningar med endast samtalsterapi.

Man vet ännu inte vilka orsaker som ligger bakom bipolär sjukdom. Det är känt att sjukdomen ofta går i arv (Mofors, 2010, s.20) men man kan också drabbas utan att det finns en hereditet. Sannolikheten att ett barn till en bipolärsjuk förälder drabbas är ungefär 10-15% (Mofors, 2010, s.20). Svårigheter som sjukdomen kan medföra för den sjuke är bland annat konfliktfyllda relationer, ekonomiska svårigheter, lägre social kompetens med mera. De flesta svårigheterna kommer att påverka den sjukas partner och deras relation. Partnern kan komma att uppleva stress, ansträngda familjeband, brist på egen tid för karriär och fritid, försämrad mental hälsa och utbrändhet med mera. (van der Bijl, m.fl. 2008) För många människor är familjen den viktigaste källan till omsorg och därför kan den också behöva stöd utifrån för att orka med.

Att vara anhörig och partner till en person med bipolär sjukdom

Att vara partner till en psykiskt sjuk person är tungt och det blir ofta ännu tyngre av att man får ett oförstående eller obefintligt bemötande från psykiatrin. De som inte besitter egna erfarenheter gällande psykisk sjukdom kan ofta ha svårt att tro på de anhörigas berättelser, speciellt om den sjuke uppvisar ett helt annat beteende än vad den anhörige beskriver.

Vårdpersonal med dålig kunskap och insikt kan ofta bemöta den anhörige med frågor om vad denne själv har gjort för att bidra till den uppkomna situationen. Detta leder i sin tur många gånger till att anhöriga inte vill eller orkar prata om sin situation.

De anhöriga måste anpassa sig efter den sjuke på ett liknande sätt som en allergiker måste anpassa sitt liv. Människor med bipolär sjukdom tål inte sömnbrist men de måste ha god sjukdomsinsikt för att själva inse att det är viktigare för dem än för andra att sova regelbundet. Detta blir ofta ett ansvar som faller på den anhörige.

För de anhöriga kan tiden innan den sjuke fått diagnos vara mycket jobbig men därefter kan det komma en lika svår period när den sjuke inte vill uppfatta sig som psykiskt funktionshindrad. För de anhöriga kan manierna vara svåra att hantera framför allt när dessa leder till att den sjuke har ett djupt och intensivt engagemang i andra människor. ”*Jag vågar aldrig tala om för min pappa var jag arbetar för då börjar han bara ringa till mina chefer och tala om att jag måste få befördran och högre lön*” berättar en son till en manodepressiv man (Moberg, 2005, s.126).

Manierna kan oftast vara svårare för de anhöriga att hantera än depressionerna (Balans, s.80). Detta kan också bero på att partnern känner sig mindre behövd än vid depressionerna, de kan till och med reagera med avundsjuka på den sjukens energi och intensitet (Balans,s.80). De anhöriga kan vara trötta för att de exempelvis har genomlidit en depressionsfas med den sjuke. Men partnern är nog så viktig under den maniska fasen då denne kan fungera som ett stöd när det gäller att ta kontakt med sjukvården, påminna om medicin och få den sjuke att vila. Både de sjuka och deras anhöriga brukar ofta anstränga sig för att dölja sjukdomssymtomen på grund av att diagnosen på många håll fortfarande anses som skamlig. Detta kan bero på att de som drabbas av manier kanske gör tokiga och skamliga saker och att de som hamnar i depressioner anses vara lata (a.a.,s.127).

Positiva faktorer när det gäller bipolaritet är bland annat att många bipolära sjuka individer beskrivs ha en starkt utvecklad känslökäpnad kapacitet, stor förmåga till empati och en kunskap om att kunna se helhet och samband (Balans, s.8). De beskrivs också som mycket kreativa och spännande personer. Alla dessa faktorer bidrar förmodligen till att deras partners orkar stanna kvar i relationen och faktiskt trivs med den. De svåra gemensamma upplevelserna kan också bidra till en djupare mer öppen och starkare relation. Det krävs en hel del tålmod från partnern då det gäller att hålla minnet av det friska levande (Balans, s.79). De anhöriga behöver också påminna den sjuke om hur bra livet kan vara när det är bra.

Förutom stöd i vardagen, som till exempel att komma ur sängen, få frisk luft, äta rätt och sova ordentligt är det också vanligt att den sjuke behöver hjälp med medicineringen. Det kan ta lång tid innan medicinen börjar verka och under denna tid kan den sjuke må sämre. Det gäller då för partnern att stötta den sjuke och hjälpa den att inte ge upp på vägen. Extra viktigt för den anhörige att veta är att när ett läkemedel börjar verka kan handlingsförlamningen

släppa utan att man känner sig psykiskt bättre vilket kan leda till att självmordsrisken ökar (Balans, s. 80).

Det är mycket viktigt att den som är partner också försöker få stöd för sin egen del. Det kan vara både slitsamt och tröttsamt att hela tiden finnas till hands. Det kan också vara svårt att hantera sin egen ilska och sorg om den sjuke är otrevlig, gränslös eller elak. Vid dessa svårigheter är det bra att få stöd i att skilja på vad som är person och vad som är sjukdom så att man inte bär med sig sin ilska när sjukdomsperioden är över (Balans,s.81).

Teoretiska referensramar

Vi har valt att använda oss av tre olika teoriperspektiv på individnivå. Vi vill med dessa kunna försöka förstå och förklara gemensamma mönster hos våra intervjupersoner och den studerade litteraturen. Vi tänker oss att dessa teorier kan förtydliga och klargöra de svårigheter våra intervjupersoner upplever men också de färdigheter de besitter. En önskan är även att vi med hjälp av teorierna ska kunna lyfta fram vad som behöver tillföras i anhörigstödet som finns idag.

Coping

Coping är ett begrepp som beskriver en individs förmåga att bemöta och hantera stressfyllda och känslomässigt starka situationer eller händelser.

Coping är ett kognitivt och beteendemässigt svar på stressande situationer. När en individs invanda strukturer och känslor i vardagen inte längre fungerar behövs nya strategier.

Coping kan även vara av aktiv eller passiv art, där aktiv/konfronterande coping betyder att man tar itu med problemet på ett konstruktivt, verklighetsanpassat och framåtinriktat sätt medan passiv/undvikande coping är mer destruktivt och handlar om ett undvikande av problemet (Brattberg, 2008, s. 36).

Lazarus och Folkman delar in copingstrategierna i fyra kategorier. Den första gruppen benämns som problemfokuserad coping och handlar om att individen använder sig av strategier som direkt försöker lösa eller lindra den stressfyllda situationen. Exempel på detta kan vara att söka stöd från sin omgivning eller att skapa en handlingsplan och sedan följa den.

Den andra kategorin kallas emotionsfokuserad coping och betyder att individen använder strategier för att försöka reglera och minimera känslor som uppkommer av stressen. Detta kan till exempel vara avslappningsövningar, fysisk aktivitet eller religiösa aktiviteter.

Omdefinierande coping är den tredje kategorin och innebär att individen försöker förändra upplevelsen av problemet och är till exempel att man kognitivt ändrar sina tankemönster. Den sista kategorin beskrivs som undvikande strategier och är till exempel att individen inte låtsas om att problemet finns eller att man försöker döva det med alkohol, mat eller droger (Brattberg, 2008, s.35).

Copingteorier handlar alltså om individens relation till sin omgivning, hur individen reagerar copingprocesser är tidigare erfarenheter, omgivning, intellektuell förmåga och individuella resurser. Samhällets resurser och individens sociala nätverk främjar copingprocessen och gör individen mindre sårbar. Redan i barndomen grundläggs en människas copingförmåga och den förhåller sig sedan på samma sätt under livets gång om man inte arbetar med den.

Copingförmågan kan jämföras med en verktygslåda. Desto fler verktyg det finns i lådan desto mer rustad är man för svåra händelser i livet. Om en människa tar sig ur en jobbig händelse i livet så blir copingförmågan starkare (Brattberg, 2008, s. 37). Att ha högt KASAM är en typ av copingresurs

Inre Copingresurser	Problemfokuserad coping	Kognitiva medoter	Vägval
Tankar	Uppgiftsorienterad	Resignation	Bevarande
Tolkning	Samla information	Analys	Återuppbyggnad
Känslor	Fatta beslut	Positivt tänkande	Omvärdering
Affekthantering	Planera	Nytänkande	Nyskapande
Beteenden och styrning	Lösa konflikter	Skapa förändringsplan	Förändringsprocessen
Fokusering	Ändra omständigheterna	Beteendemetoder	Begrundan
Personlighetsfaktorer	Anpassning	Emotionell avstängning	Beslut
Självtilit	Känslofokuserad coping	Emotionellavlastning	Problemformulering
Självkänsla	Hantera och kontrollera känslor	Emotionelltskrivande	Söka kunskap
Egenmakt	Ändra reaktionsmönster	Mindfulnesssträning	Målsättning
Känsla av sammanhang	Omtolkning	Energiknackning*	Göra tidsplan
Energi	Förlåtelse	Söka hjälp	Be om hjälp
Personlig kontroll	Försoning		Avsätta tid
Problemlösningsförmåga	Acceptans		Realitetsanpassa
Förmåga att hantera relationer	Anpassning		Genomföra
Yttre Copingresurser	Söka socialt stöd		Stabilisera
Hjälpmedel	Undvikande strategier		Följa upp
Familj	Förnekande		
Vänner	Distansering		
Kultur	Flykt i arbete		
Religion	Droger		
Arbete	Alkohol		
Ekonomi	Läkemedel		
Sjukvård	m.m.		
Själavård	Alkohol		
Rehabilitering	Läkemedel		
	Alkohol		
	Läkemedel		

KASAM

KASAM står för Känsla Av Sammanhang och tanken bakom detta begrepp grundlades av Aaron Antonovsky.

Det Antonovsky beskriver handlar om ett salutogent perspektiv, det vill säga en hållning som fokuserar på friskfaktorer snarare än sjukdomsfaktorer. Han ställer sig frågorna, vad är det som gör att vissa människor klarar av svåra påfrestningar i livet bättre än andra? Och vad är det som gör att vissa kanske till och med utvecklas? (Antonovsky 1987, s.24).

I stället för att tala om riskfaktorer som är vanligt inom det patogenetiska synsättet vill Antonovsky fokusera på friskfaktorer (a.a s. 26-27).

KASAM kan jämföras med ett vaccin mot ohälsa. De personer som har högt KASAM blir inte lika stressade av oväntade händelser som andra och har även mer konstruktiva lösningar. De finner också ett sätt att göra kaos och förvirring till ordning och klarhet (Brattberg, 2008, s. 76).

Antonovsky ser KASAM som en viktig faktor i människans hälsa och motståndskraft till ohälsa.

För att komma fram till ett resultat utförde Antonovsky ett flertal djupintervjuer av människor som alla upplevt ett trauma och som hade klarat av detta trauma bra. Den stora frågan i intervjuerna handlade om hur de såg på sina liv. Efter att på detta sätt ha delat upp gruppen i två delar sökte Antonovsky efter teman inom gruppen som inte fanns i den andra. Han identifierade tre komponenter som KASAM består av:

1. *Begriplighet*. Med det menas att de framtida företeelser som sker i en människas liv är förutsägbara eller åtminstone går att ordna eller förklara. Vissa saker i ens liv går inte att förutsäga men de kan åtminstone vara begripliga. Ett tecken på lågt KASAM skulle till exempel vara att man anser sig vara en olycksfågeln och att saker bara händer utanför ens egen kontroll.
2. *Hanterbarhet*. Med detta menas till vilken grad man upplever att det står resurser till ens förfogande och då menas det som finns runtomkring en som till exempel religion, en myndighetsperson eller familj. Det är någon eller något som man kan lita på.

3. *Meningsfullhet*. Antonovsky kallar detta för begreppets motivationskomponent. Denna komponent har en känslomässig innebörd och betyder att det finns områden i en människas liv som är viktiga och som man vill investera energi och engagemang i (Antonovsky, 1987, s. 37-41).

Empowerment

Empowerment är ett begrepp som kan innehålla många olika betydelser. Det finns dock en gemensam nämnare för alla olika inriktningar och det är *en positiv syn på människan som ett i grunden aktivt och handlande subjekt som vill och vet sitt eget bästa om man bara skapar rätt förhållanden* (Askheim & Starrin, 2007, s. 18).

I vår uppsats använder vi begreppet empowerment i den terapeutiska positionen. Med det menar vi hur den anhöriga och dess bipolära partner kan lära sig att leva med sin situation och bemästra vardagens utmaningar och på så sätt få kontroll över sitt liv, eller för att knyta an till ovanstående teori, få ett högt KASAM.

Poängen är att den anhörige och den sjuke ska få samma kunskap som expertisen och den ska inte skiljas från brukarkunskap. Fackmannen ska vara en samtalspartner och ska fokusera på resurser och inte brister (a.a., s. 26-27).

Tidigare forskning

När det gäller tidigare forskning så har vi funnit en hel del amerikanska studier men dessvärre inte så många svenska. Vi har funnit en avsevärd mängd med skönlitterära och självbiografiska böcker om bipolaritet men oftast med fokus på den sjuke själv.

Vad gäller gifta eller partners har det varit svårare att forska om eftersom många inte har klarat av att ha förhållande och därför är separerade eller skilda.

En del förslag inom forskningen om dynamiken mellan par varav en lider av bipolär sjukdom har handlat om att studera vilken typ av människa som väljer en bipolär partner eftersom många partners själva lider av personlighetsstörningar, alldeles för många för att det ska vara en slump. En annan teori om varför man stannar kvar handlar om att partnern förverkligar sig själv genom att ta hand om den sjuke.

I en studie utförd av van der Bijl m.fl. från 2009 uttryckte de flesta partners att de upplevde en tung börda i och med sin situation och att de hade svårigheter att hantera detta. Det svåraste verkade vara känslan av att de var ensamma i sin tvåsamhet och denna känsla fanns även mellan de maniska och depressiva perioderna. De kände sig tyngda av upplevelsen att de

hade ensamt ansvar över hushållet och barnen och att de var ensamma med sina känslor. De kände också stort ansvar inför att hålla reda på att deras partner tog sina mediciner. De uppgav att de saknade sex och närhet och att de kände sig osäkra inför framtiden. (van der Bijl m.fl. 2009). Deltagarna pratade om den bristande egna karriären och att de kände sig utmattade.

I studien tillfrågades deltagarna om hur de hanterade det första insjuknandet. Deltagarna berättade att de initialt försökte förstå om det var sjukdomen som gjorde att partnern betedde sig på vissa sätt eller om det var dennes personlighet. De funderade också över olika sätt att kunna påverka beteendet. Detta är exempel på kognitiv problemfokuserad coping, att man försöker förstå och samla information om problemet (Brattberg, 2008, s.34).

Studien visade på flera olika copingstrategier varav den problemfokuserade var den första. Nästa steg var ofta att man försökte hitta en balans mellan självuppfyllelse, att sätta sina egna behov först och självutplåning, att sätta andras behov före sina egna. En del försökte finna stöd hos andra människor. (van der Bijl m.fl. 2009) Dessa beteenden är exempel på beteendemässig känslufokuserad coping (Brattberg, 2008, s.34) Ytterligare andra försökte att dra sig undan för att jobba eller spendera sin fritid hemifrån vilket tyder på en undvikande copingstrategi (a.a.). I den aktuella studien uppgav alla deltagare att de hade funderat på att separera vid ett eller flera tillfällen. Många av dem som försökte få egen tid fick då efterföljande dåligt samvete och kände sig skyldiga. Det var också tydligt i studien att olika faktorer hos den sjuke påverkade den friska partners copingprocesser. En del sjuka hade till exempel lättare att förstå sin partners känslor vilket underlättade hanterandet och andra hade snabbare att återhämta sig efter en tuff period. Stöd från utomstående visade sig också vara en viktig påverkansfaktor gällande hur väl de hanterade situationen. (van der Bijl m.fl. 2009)) Studien visade vidare på olika friskfaktorer som underlättade copingen, exempelvis humor, kärlek, förståelse och andra positiva inslag i relationen.

Ett av de mest slående fynden i denna studie var att partners inte upplevde att de hade någon tillgång till professionellt stöd. De uppgav ofta att stödet som fanns var riktat till patienten och inte till dem. De uppgav vidare att de gärna önskade stöd men att de inte var informerade om vad som fanns att tillgå. De sade att själva sökandet efter eget stöd i sig skulle vara ytterligare en stressfaktor för dem. Enligt studiens deltagare skulle det önskade stödet vara riktat åt två håll varav det första var att minska ensamheten och den upplevda bördan. Stödet skulle också ha fokus på positiva faktorer. Den andra riktningen skulle vara att hjälpa partnern att finna copingstrategier och att hitta en balans mellan självuppfyllande och självutplånande. Deltagarna uppgav vidare att de önskade någon som lyssnade på dem och någon som gav dem kunskap om sjukdomen (van der Bijl m.fl. 2009).

Enligt Tranvåg och Kristoffersen (2008) är diagnosen bipolär sjukdom en omvälvande händelse som vänder upp och ner på livet så pass mycket att deras egen hälsa och funktionsförmåga blir påverkad, i högre grad än i familjer till andra psykiska sjukdomar. Detta kan resultera i lågt självförtroende och självkänsla, oro och depressionssyndrom. Dessa familjer känner sig också mer isolerade och uppger att de får offra sina egna liv i högre grad än vad som är fallet i andra psykiska sjukdomar. Det är även svårare att hantera för personen om den känner att han/hon inte heller kan kontrollera den drabbades tillstånd och svårigheter.

Studien utgjordes av kvalitativa intervjuer med åtta personer som bestod av både makar och övriga familjemedlemmar. De analyserade sedan resultatet med hjälp av gestaltterapi teori vilken handlar om hur man hanterar upplevelser. De upplevelser man haft innan indikerar hur man hanterar upplevelserna i nuet. Det handlar även om att se helheten, eller gestalten som består av olika delar. Att vara anhörig till en person som är bipolär och ha många jobbiga upplevelser på grund av sjukdomen, som till exempel att den sjuke betar sig inkonsekvent eller anklagande, gjorde att det blev en inre obalans och intervjupersonerna hade svårt att hitta ett sammanhang vilket i sin tur ledde till dålig självkänsla, rädsla, osäkerhet och förtvivlan för att bara nämna några följder|.

Gestaltterapi handlar också om att se sitt eget beteende för att hitta sin identitet och ta sig ur en beroendeställning. En lösning på detta enligt författarna skulle vara att skapa större insikt och mening hos de anhöriga och sjukvårdens uppgift skulle vara att hjälpa till med detta genom utbildning och empowerment.

Denna studie visade också på att partners ofta upplever att de förlorat sin partner efter det första utbrottet och att de är rädda att de aldrig ska bli som förr igen. Många uppgav att de kände det som att de hade ett extra barn att ta hand om. De berättade vidare om bristande sexliv, svårigheter med familjeplanering och ekonomi, oro för barnen och vissa berättade om alkoholmissbruk. Många sade att de oftast var spända och rädda för att partnern skulle bli sjuk/hamna i ett skov. Många kände det som hopplöst att inte kunna påverka situationen (Kristoffersen och Tranvåg, 2008).

Evans (2003) beskriver att familjemedlemmar som tar hand om släktingar med psykisk sjukdom har en stor del i patientens välbefinnande och att det därför är av största vikt att samarbetet med psykiatri fungerar. I ett frågeformulär till vårdare som tagit hand om släktingar med psykisk sjukdom nyligen framkom det att en effektiv kommunikation med psykiatri var en stark variabel till ett fungerande samarbete och att man i familjeprogrammen skulle ta med träning i kommunikation så att vårdarna fick bättre verktyg för att kunna utveckla ett bättre samarbete.

Treves m.fl. (1999) beskriver en modell kallad The Switch Process vilken beskriver interaktionen mellan par varav den ena har bipolär sjukdom. I studien har man tittat på sex par och dynamiken mellan dessa.

Forskarna menar att det är viktigt med äktenskapsrådgivning som komplement till medicineringen eftersom relationerna och deras olika roller påverkas av de olika känslolägena. Kvaliteten på den psykosociala omgivningen och hur familjelivet ser ut är en viktig variabel i sjukdomsstudierna. I fyra av fallen var mannen bipolär och i de andra två kvinnan. I de fall där mannen hade diagnos noterades att förhållandet innan sjukdomen brutit ut utmärktes av passiv/aktiv och Beroende/oberoende. Mannen var utåt och social och styrde det mesta medan kvinnan var passiv och beroende.

Under den depressiva perioden tog kvinnan rollen som aktiv och mannen som passiv. Dessa fyra par kan beskrivas med modellen "the switch process" som beskrivs som att parens känslomässiga liv med klockan som metafor svänger som en pendel åt två extrema håll utan att kunna stanna pendeln och få känslomässig stabilitet. Passiviteten hos partnern kan även bli kontrollerande och det upplevs då av mannen som ett avvisande och han får dåligt självförtroende som kan trigga igång ett återfall.

Kvinnorna ville i många fall inte att mannen skulle äta medicin eftersom de ansåg att det tog bort deras livlighet och impulsivitet. I de fall då kvinnan var bipolär upptäcktes inga av dessa konflikter (Treves, m.fl., 1999).

I studien undersöktes om den konfliktfyllda relationen mellan paren var en konsekvens av sjukdomen som i sin tur skapade en ond cirkel som ledde till återfall eller om den konfliktfyllda relationen skyndade på insjuknandet och kanske hade direkt medverkan till återfallet. Det som framkom i studien var att de komplimentära egenskaperna passiv/aktiv oberoende/beroende blev en konfliktkälla.

Hoover och Fitzgerald (1981) har i sin studie försökt att fastställa varför vissa personer stannar kvar vid sina sjuka makar och föreslog de friska makarna fick självtillfredsställelse av att ta hand om dem. Ett annat förslag var att vissa personer inte var så känsliga för problemen. Som tidigare forskning har vi även läst böcker skrivna av författare med bipolär sjukdom. Cara Aiken är en författare som levt med sjukdomen i tio år. Hon har skrivit en bok som belyser inte bara de bipoläras svårigheter utan även familjens erfarenheter (Aiken, 2010).

Basil, Caras man som själv haft depressioner träffade Cara på en psykiatrisk klinik. Basil beskriver att han fann att han klarade att ta ansvar för Cara och hennes barn under Caras depressioner och starka medicinering som stundtals gjorde att hon inte klarade av sitt moderskap. Basil kände även igen sig i hennes depression, det enda han inte klarade av att

hantera var är hennes självmordstendenser. När Basil själv började känna sig deprimerad efter en lång tid av stress upplevde han att han inte fick någon sympati av Cara som menade att ”Nu vet du hur jag känner det”(Aiken, 2010, s. 129-132).

Aiken har i boken samlat berättelser om andra bipolärsjuka som hon träffat och en av dem är Rob. Rob är gift med Tracy som är bipolär. Hans upplevelse av deras äktenskap är att det består av höga berg och djupa dalar. Rob menar att sjukdomen har stor påverkan även på honom. När Tracy har manier försöker han inta en position åt andra hållet för att behålla kontrollen som han uttrycker det, men menar att det sällan hjälper utan snarare gör saker och ting värre (a.a. s. 142).

David som är fästman till Jo som är bipolär beskriver livet tillsammans med henne som oförutsägbart. Hans upplevelse är att det ger livet en extra krydda och att det är det som gör Jo speciell. David hanterar situationen med ”skinn på näsan och tålamod” (a.a s.146).

Claire är hustru till Paul som är bipolär. Claire menar att hon är den som måste vara stark för om hon bryter ihop gör alla andra i familjen det också. Hennes strategi under Pauls depressioner är att hålla sig i bakgrunden men med ett vakande öga. Hon är rädd att Paul ska skada sig själv då han en gång skar sig i båda handlederna (a.a s.148).

Strober (1992) skriver mer kliniskt om bipolär sjukdom. Sjukdomen bipolaritet har enligt honom under en tid fallit i glömska men har återigen blivit ett stort intresse för forskare. Att det krävs hjälp i en depressiv period är inte svårt att förstå men att även de maniska perioderna är farliga beror på att energin och handlingskraften är impulsiv, personen är ofta okänslig för allt runt omkring och självförtroendet är gränslöst och personen kan inte se sina egna begränsningar.

Dahlqvist Jönsson har skrivit en avhandling om erfarenheten av att leva med bipolär sjukdom, både för den drabbade och dennes familjemedlemmar. Han skriver att den mentala ohälsan stiger världen över (WHO 2001) och att detta gör det viktigt med stöd för familjen och den drabbade och att dessa personer ska ha något att säga till om vad gäller deras hälsa. Detta har även blivit uppmärksammat i Sverige (Statens offentliga utredningar 2007).

Dahlqvist Jönsson menar att det är viktigt att ha vetskap om den drabbades sjukdom när det gäller miljö, sårbarhet och behov (Socialstyrelsen 2010a) men att det även är viktigt att familj och nätverk får möjlighet att stötta.

Vidare skriver Dahlqvist Jönsson att detta utmanar den professionella sjukvården eftersom det inte är och har varit det primära syftet utan av tradition har sjukvården främst fokuserat på att behandla sjukdomen och kontrollera symtomen. Författaren menar att det finns ett gap

mellan stödet som sjukvården erbjuder och det faktiska behov som finns bland de drabbade och dess familj (Jönsson, 2010, s. 9-10).

Med termen familj menar författaren i sin avhandling det system eller den enhet som finns omkring den bipoläre och de personerna måste inte nödvändigtvis bo under samma tak. Familjemedlemmen blir i allra högsta grad påverkad och får ofta en roll som är svår att klara av och som innebär *en hög stressnivå, en tung börda och att inte ha ett eget liv*. Dahlqvist Jönsson har även han delat in sina intervjuer i olika teman. Nedan följer en sammanfattning av de indelningar författaren gjort eftersom de beaktats och jämförts med våra intervjupersoners upplevelser.

Facing change alone. Det handlar om att familjemedlemmarna upplevde att utåt sett kunde den person som var sjuk uppträda normalt medan han/hon kunde uppvisa ständigt skiftande humörsvängningar och även aggressivitet inom ramen för familjelivet vilket var svårt för familjemedlemmarna att hantera och de kände att de stod ensamma att hantera dessa problem eftersom det inte syntes utåt.

Making sense-raising doubts. Familjemedlemmarnas sätt att hantera sjukdomen och att hitta förståelse för dess utfall. Även de funderingar som kom upp kring orsak, vad som var sjukdom och inte och deras eget agerande mot personen.

Maintaining normality Att leva med en familjemedlem som är bipolär betyder även att leva ett liv som för vissa kan tyckas utanför normen, men för familjen blir det en normalitet med ständigt oförutsedda händelser. Familjemedlemmarna måste även hantera stigma och skam.

Bearing the burden. Detta tema handlar om ansvar och kontroll. Hur dessa anhöriga konstant lever i oro och ovisshet om hur det ska bli för den sjuke och leva med att framtiden är oviss. Det blir en kamp för den anhörige om att ha kontroll över den sjuke samtidigt som man vill bli avlastad. Vågar man släppa taget och förlita sig på att den sjuke klarar sig eller att någon annan kan avlasta? Denna stress gör även att de anhöriga har svårt att fokusera på sin egen framtid.

Building hope for the future De anhöriga ville ha en framtid utan oro och en tro på förbättring samt träffa andra i liknande situation.

Trots detta finns det begränsat med stöd för dessa familjer och forskningen är mycket begränsad vad gäller familjeperspektivet i relation till bipolär sjukdom. Dahlqvist Jönsson

menar att det behövs mer forskning för att öka förståelsen om hur det är att leva med en person som är bipolär och hur det går att stärka dessa personer i deras dagliga liv (a.a s.13). Slutsatsen i avhandlingen är att det behövs mer kunskap om sjukdomen både för den sjuke och dess familj och även i sjukvården.

Resultat

Bakgrund intervjupersoner

Sara har tre vuxna barn sedan ett tidigare äktenskap och Sara och Daniel har ett gemensamt barn som har en ovanlig sjukdom som gör att hon kräver extra mycket stöd. Sara och Daniel har varit tillsammans i 12 år.

Sara arbetar deltid som lärare i en mellanstor svensk stad. Daniel är arbetslös musiker.

Adam och Anna är skilda sedan cirka ett år tillbaka. De har två gemensamma barn tillsammans. Anna fick diagnosen bipolär sjukdom kombinerat med ADHD efter skilsmässan (2010). Adam jobbar heltid och Anna är sjukskriven. De bor i samma kommun i en svensk storstad.

Att leva med en bipolärsjuk partner

När Sara träffade Daniel berättade Daniel att han haft depressioner sedan tidig tonår men att han inte visste varför. Sara märkte att Daniel var *”en mörk kille, väldigt mörk i sinnet”*.

I början var det ett distansförhållande och ibland svarade inte Daniel i telefonen med förklaringen att han *”mådde dåligt”*. I dag förstår Sara hur dåligt han mår men då i början gjorde hon inte det.

Att leva med Daniel innefattar även stressen för Sara att veta att Daniel ofta tänker på att ta livet av sig. Daniel har berättat att han varje morgon vaknar och *”planerar hur han ska dö”*. Vid ett tillfälle när Daniel hade varit ute och druckit hela natten och kom hem på morgonen uppstod en konflikt. Sara gick mitt i denna konflikt iväg och tog med sig dottern för att gå till skolan.

...sen när jag e på väg hem. Det tar ungefär 10-15 minuter att gå, då får jag ett MMS från Daniel när han står med ett skärp runt halsen som han har spänt i dörren, eh, med en galge som sitter på utsidan. Eh, det var därför jag tror att det bara var en ingivelse just då, att det inte var planerat, för att annars skulle han ju inte skicka något MMS till mig, då hade han ju bara gjort det, och så var det klart. Och han svarar ju inte när jag försöker ringa, och jag vet ju att jag hinner inte hem för att jag vet ju att då hade, precis innan jag

gick då hade han ju ploppat i sig två imovane så sömntabletter, så jag visste ju att han kommer ju däckna när som helst och då hänger han ju där. Så jag ringde grannen och fick tag i honom som tur var och jag hade inte låst ytterdörren som också var tur, så han går upp och får upp dörren innan nånting hade hänt för mycket. Och sen skämdes Daniel, något för jävligt.

Förhållandet mellan Daniel och Saras tidigare döttrar innehåller även spänningar och Saras äldsta dotter tycker att Daniel har splittrat familjen. Daniel har varit ”*sur och grinig*” mot Saras döttrar genom åren även om det blivit bättre med medicineringen. Sara ser det som att han inte gör det med vilje och att det inte är hans fel utan sjukdomens.

Under de tolv år som de varit tillsammans har Daniel aldrig arbetat förutom ett plusjobb som fungerade bra eftersom han inte behövde ha så många arbetskamrater och arbetstimmarna inte var så många, men det togs bort vid regeringsskiftet. Ett vanligt arbete är otänkbart eftersom Daniel inte klarar av att gå upp vissa morgnar. Dessa dagar får Sara sköta hämtning och lämning av dottern.

Daniel kan inte heller vara sjukskriven då han inte är berättigad någon sjukpenning eftersom han inte har någon registrerad inkomst sedan innan.

Familjen funderar idag på att flytta till Gotland. De tillbringar en tid där varje sommar och Daniel mår bra då, ”*de e enda gången på året då han ler en hel vecka*”. Detta är en framtidsdröm de har och det är positivt menar Sara för så länge Daniel har en framtidsdröm så vill han stanna kvar i livet.

Sara säger att hon ofta får komma i tredje hand i familjen. Hon säger att först kommer Daniel, sedan barnen och slutligen hon själv. Barnen har sagt att hon alltid väljer Daniel framför dem. Sara menar att hon vet att barnen finns där men att hon aldrig kan vara säker på att Daniel kommer att finnas kvar. Hon beskriver det som en omvänd föräldrasituation, att hon tar sina barn för givna som annars barnen tar sina föräldrar för givna.

Adam beskriver livet med Anna som att det ibland är spännande och händelserikt. Det var hela tiden mycket saker på gång och han menar att detta kan vara positivt så länge allt är under kontroll men negativt om det händer alldeles för mycket saker.

Redan på dejtingstadiet var det rörigt dem emellan. Adam och Anna bodde långt ifrån varandra och det var en tid då de gjorde slut och blev ihop igen ett antal gånger innan Anna blev gravid och de bestämde sig för att satsa på allvar. Anna träffade bland annat en ny kille under dejtingperioden och Adam drog sig då undan men när hon ville komma tillbaka tog han emot henne eftersom han hade väldigt starka känslor för henne.

Åren därefter upplevde Adam som lugna och stabila och ett par år senare kom även barn nummer två och paret beslöt att gifta sig.

Det var efter denna period som Adam tycker sig minnas att allt började förändras gradvis. Adam säger att han inte riktigt kan peka på vad det var. Anna hade haft en viss kontakt med psykiatrin eftersom hon till och från varit deprimerad. Det Adam trots allt såg var att Anna hade svårt att behålla ett arbete.

..Och det som jag märkte det var att hon började på ett jobb då när hon varit mammaledig och så gick det bara några månader och hon var osams med chefen, hon fick mer eller mindre sparken därifrån, men sen som tur var fick hon ett nytt jobb på en gång, det var ju ett vikariat direkt efteråt. Och ganska snart började det bli bråkigt med chefen där då. Första gången så stöttade jag henne jättemycket och jag var till och med och pratade med chefen och lyssnade på alla hennes historier om hur illa behandlad hon blev och sådär, men andra gången var jag lite mer reserverad och tänkte att det känns som en upprepning.

Adam berättar vidare att Anna inte fick förlängt vikariat trots att hon behövdes på arbetsplatsen. Anna fick återigen ett nytt arbete men blev sjukskriven för depression i tre månader. Än en gång började hon en ny anställning men hamnade då i en manisk fas. Detta var i samma veva som skilsmässan.

Adam tror inte att hon kommer tillbaka till arbetet eftersom hon berättat för honom häromdagen att hon varit på arbetsplatsen och hämtat sina saker.

Adam berättar att folk blev chockade när de fick veta att de skulle skiljas. Adam och Anna hade alltid setts som väldigt täta, nära och fysiska med varandra. De enda som inte blev förvånade var Adams föräldrar som hade sett allting på lite närmare håll.

Den dynamiska relationen

När Daniel är deprimerad trippar Sara på tå eftersom han är mer lättretlig. När Daniel har hypomana tillstånd, vilket han oftast inte märker själv är han också stingslig mot Sara eftersom hon försöker hejda honom i hans framfart.

Daniel tycker att Sara är elak när hon vill stoppa honom från att till exempel dricka alkohol. Sara märker att när hon inte ”gnatar och gnäller” på Daniel så fungerar allt mycket bättre men hon får ofta stålsätta sig för att hålla tillbaka.

Daniel vet att det är Sara som håller uppe familjen och ibland tycker han det är jobbigt och att Sara tar för mycket plats.

..Ja jag sa det en gång, jag har sagt det flera gånger, frågade om jag inte skulle säga ett förbannat jävla dugg och bara skulle sitta här och le och tycka att gör vad du vill...det är ungefär som att prata med en tonåring..skulle det vara bra? Nej det skulle det väl inte vara....men det är just det, jag tror att, mycket det man läser och bipolär e ju det att antingen lever du i dina manier eller så har du dina depressioner och däremellan e du okej, men Daniel är aldrig okej. Han har inte det här mellanläget, han är konstant under och när han är över då är han skitlycklig och då är det involverat med alkohol. Så att, på nåt sätt, jag tror det är därför han är så trött, att han aldrig kan få känna sig glad.

Sara tycker att hon får mycket uppskattning och att andra ser hur mycket hon gör även om hon inte är ute efter bekräftelse. Detta kan till och med ibland leda till en konflikt med Daniel där han tycker att hon blir en martyr och ”*ska vara så bra hela tiden*”.

Sara tycker att det finns mellanlägen för henne och hon tror att det är när Daniel mår ”*relativt bra*”. Då försöker Sara njuta av stunden och inte tänka alltför mycket. Sara märker att Daniel kan reagera om hon mår bra ”*för länge*”.

...Men det har jag märkt, att om jag går omkring och är någorlunda nöjd med tillvaron i flera dagar, då kan han bli, inte irriterad men rastlös, såhär: du tycker allt är så jävla bra och då blir han deprimerad och varför kan han inte känna så? Jaha, tack för den, nu får jag inte vara glad längre...nej, men det får jag ju, absolut...

För tio år sedan sökte Daniel hjälp och fick antidepressiv medicin utskrivet.

Mani/hypomani

Sara anser att Daniel självmedicinerar när han dricker men Daniel håller inte med. Daniel tycker inte att han har problem med alkohol men Sara håller inte med

..det är ju den enda glädjen han har tycker han, när han väl dricker, sen när han inte dricker och e nykter i två veckor, då är det ju skönt att va utan och så tar han en öl och så är han fast. Och det är då han hamnar i hypomani. Jag ser det som att hypomanin kommer när han får ett glas med alkohol, om det så är en 3,5a folköl så hamnar han i nån sorts, det börjar spinna...

När Daniel dricker blir han social och glad och svarar i telefon men blir det för mycket blir han mer deprimerad än någonsin. Sara berättar att ”*en gång drack han i tre dygn sedan låg han apatisk i en vecka*”. Sara beskriver att hon tycker att det är problematiskt med Daniels alkoholdrickande eftersom hon funderar om Daniel hamnar i en hypomani när han dricker eller om det är hypomanin som gör att han dricker.

Anna har vad Adam vet, inte problem med alkohol men hon har en beroendepersonlighet på det sexuella planet. Adam berättar att de båda hade sexuella fantasier som till en början var just fantasier. Efter ett tag bestämde de gemensamt att tänja på gränserna och leva ut sina fantasier. De bestämde att om det inte skulle kännas bra för den ena parten så skulle de stoppa allting på en gång.

I början var det spännande men efter ett tag kände Adam att det började spåra ur och ville sätta stopp. *”...Det var ju spännande att göra saker jag inte trodde...men sen vart det där, det gick liksom för långt...det här känns inte okej, och sen så fortsatte det bakom min rygg istället och då var det ju inte något vi gjorde gemensamt längre.”*

Anna utvecklade enligt Adam ett riskbeteende då jakten på sex blev allt intensivare. Anna besökte män hon aldrig träffat innan och sexlekarna blev alltmer avancerade. Anna slutade även att arbeta för att kunna ägna sig åt sitt intresse.

...Fast hon höll ju det hemligt också, jag hittade ju saker och konfronterade henne med, men hon fick mig att känna att nej, men jag inbillar mig och det är nog inte som det är. Och sen kände jag samtidigt att nej men det här stämmer inte, och så låg det och malde på natten, och så kom det tillbaks igen och jag konfronterade henne och då blev hon ju jättearg och skällde ut mig och det lät som jag var kontrollerande och skulle styra och ställa allt med henne och att jag inbillade mig saker och ting. Sen fick jag ju det bekräftat att allt det jag misstänkte då, precis på det sättet var det också.

Egna psykiska problem/hälsa eller kontroll och ansvar

Sara säger att ibland tror hon att hon själv är bipolär *”Fy fan, har jag det också? Börjar man undra när man blir deprimerad och ledsen och man känner att man inte har någon koll på tillvaron.”*

Sara har ett stort kontrollbehov. Hon känner att hon måste ha *”koll på allting”*. När hon känner att hon tappar kontroll har det hänt att även hon fått depressioner.

Sara *”gick in i väggen”* för cirka ett år sedan. Det hade då varit en lång och tuff period eftersom hon hade pluggat. Daniel hamnade i vad Sara ser som en förnekelse av hela sin situation och hela sitt liv.

De båda drack väldigt mycket under en period vilket slet på förhållandet och de var nära skilsmässa. Det hela lugnade ner sig efter att Daniel började med medicin. Då Saras mor och far blev dåliga och Daniel återigen hamnade i en svacka och dessutom studierna började gå dåligt då *”försvann”* Sara också.

Sara ringde under denna tuffa period till psykiatrin för att be om hjälp men reaktionen från Daniel var att han blev förbannad.

...så när jag sa att jag mådde dåligt sa han: nej men det är klart jag förstår att du mår dåligt, men om du förstod hur jag mådde....så då får man inte må dåligt, eller man får inte må lika dåligt. Men jag tror det är en liten försvarsmekanism hos honom för om jag mår sämre än honom vem ska ta hand om honom då?

Sara beslöt sedan att inte ta någon hjälp eftersom hon kände att ingen då skulle kunna ta hand om hemmet.

Vad gäller familjens Gotlandsdröm så har de pratat om att Daniel ska åka ner i förväg men Sara känner sig vettskrämd för att Daniel ska hamna i en svacka under den tiden han är nere själv på Gotland. Hon menar att det är hennes kontrollbehov som styr detta och att hon inte klarar av att släppa. När Daniel är i en svacka messar Sara honom varannan timme eftersom hon fruktar för hans liv.

Sara funderar mycket kring alkoholen som är en källa till konflikt i relationen och hon vet inte riktigt hur hon ska agera.

...Där är ju också en sak som jag känner, det här med anhöriga, man blir medberoende för man vill ju hitta de bra sidorna och ibland ha lugnet. För att jag märker också att om han inte träffar några kompisar på två veckor och bara är hemma, då blir han djupare än någonsin och jättedeprimerad och känner ska det här vara mitt liv, och bara sitter där...

Sara tycker inte att det finns så mycket utrymme för henne att göra egna saker. Ett tag försökte hon träna men fick då problem med sina knän. Sara säger att för fem år sedan kunde hon inte tänka sig att lämna hemmet men att hon idag åker iväg på medicinkonferenser (dotterns sjukdom) och då lämnar Daniel ensam hemma. Sara upplever det som skönt ett par dagar men sedan vill hon åka hem.

En stor stressfaktor för Sara är att psykiatrin nu vill sätta en ny diagnos på Daniel som är melankoli eller unipolär (*endast deprimerad*). Hon förstår att det är viktigt att få rätt diagnos så att medicineringen blir rätt och även KBT:n bygger på rätt diagnos. Men då hon upplever att det var en vändpunkt då Daniel fick sin första diagnos och att Sara kände att hon kunde sätta sig in i och förstå Daniels sjukdom på ett helt annat sätt tycker hon att det känns jobbigt. Hon är osäker eftersom hon tycker att Daniel har tydliga hypomanier även om psykiatrin inte ser det så.

När Sara pratar om hur hon skulle vilja att hennes liv skulle se ut säger hon att hon vill ha ett boende i Visby eftersom det är det Daniel vill och en bra psykiatri som kan stödja honom eftersom hon inser att han kommer att behöva vård resten av sitt liv.

Sara säger att hon kan känna sig trött på att ”vara mamman” i förhållandet och att hon till exempel måste se till att han tar sin medicin. Båda två ställer larmet på sina telefoner när det är dags att medicinera och är Sara inte hemma så ringer hon hem för att påminna Daniel. Trots att hon inte vill ha moders rollen så är hon rädd för vad som händer om hon inte ser till att Daniel tar sin medicin.

Under Annas maniska fas, i slutet av deras äktenskap, mådde Adam allt sämre och ringde till Annas psykolog för att få prata om allt som hände. Han fick till svar att de skulle ringa upp, men när de inte gjorde det ringde Adam återigen och fick då till svar att de inte kunde kommentera enskilda patienter. En vecka senare kom Anna till Adam och frågade om han försökt ringa hennes psykolog. När Adam svarade ja blev Anna tvärarg och sa att psykologen aldrig varit med om att en anhörig ringer upp henne under de 20-30 år hon varit yrkesverksam. Adam kände då att han trampat i klaveret. I samma veva fick Adam en psykologkontakt genom sin arbetsgivare som förstod att Adam hade problem hemma.

Sommaren 2009 bröt Adam ihop. Han berättar att innan detta så bröts kontakten mellan Anna och hennes psykolog. Anna hade kommit gråtandes hem en dag för att det på något sätt ”blivit något konstigt” mellan Anna och psykologen. Resultaten blev att Anna var mer manisk än någonsin och behövde hjälp, samtidigt som den enda kontakt hon hade med psykiatrin hade avbrutits.

”...och jag visste inte vad jag skulle göra, jag kände bara att jag måste rädda mig själv för jag mådde så jäkla dåligt av allt som hände. Jag bröt ihop under den sommaren och låg på ett golv i en vecka hos en kompis bara. Jag menar jag vet inte varför...man vill ju veta vad som händer och man kan ju kolla på nätet och hon var ju inte helt osynlig med det som hände så man tittade och såg allt, man mådde dåligt av det men samtidigt ville man veta...”

Adam berättar att han även hade självmordstankar. Han ringde många samtal och pratade med olika akutpsykmottagningar och det mobila teamet.

Under ett gräl under samma sommar berättade Anna att hennes psykolog hade uttryckt att Adam var psykopat efter något som Anna hade berättat och hon även hade vidhållit det några gånger efteråt.

..jag menar jag är väl inte världens bästa människa men det är ju ganska grova saker när man pratar om psykopat. Och som tur var så...jag började också sitta och söka på psykopat, men då gick jag ju hos den där psykologen (genom arbetet, förf. Anm.) och hon sa det att du är inte nån psykopat..

Adam berättade att han tog mycket illa vid sig av psykologens ord och skrev ett brev om vad han kände och tyckte och att han ville ha en förklaring. Efter en tid ringde han till psykologens arbetsplats och sa att han förväntade sig ett svar. Svaret han fick var att de inte kunde lämna ut några uppgifter men att de mottagit brevet. Adam ringde även avdelningsföreståndaren som inte kände till brevet men skulle höra av sig vilket inte hände. Efter diverse strul ringde Adam slutligen till VD:n för vårdinstansen som tyckte att det var en märklig historia. Han såg att brevet fanns diariefört och ordnade ett möte med Adam och Anna för att höra deras historia. Adam kände vid detta möte att de blev trodda och avböjde en anmälan. Däremot ville Adam fortfarande träffa psykologen för att få en förklaring, men hon avböjde.

Adam mådde dåligt och känner att händelsen fortfarande spökar.

...och i höstas skrev jag ett långt brev, för jag har ju hört allt Anna har berättat och att de stöttat henne i att hon inte har några problem eller att allt skulle bli bra om hon hade skilt sig från mig för de har ju sagt det att han skulle inte komma över tröskeln för han kontrollerar och styr dig helt och hållet. Samtidigt är det ju Annas ord men jag hör ju att det ligger en hel del sanning i det också, det är väl en spegling av hur Anna upplever situationen, det är väl det..

Adam berättar att det har tagit lång tid att ta sig ur sitt tvivel på sig själv och att han inte heller riktigt är klar med det ännu.

Även om Adam nu har en god sjukdomsinsikt gällande Anna så berättar han att han ibland när han pratar med Anna känner att tvivlet återkommer och försöker därför att undvika att ha diskussioner med henne.

Ett annat stressmoment är att Anna har självmordstankar.

..och hamnar man i någon konflikt om någonting så... det kan ju va att det är pengar och hon vill att jag ska försörja henne ibland, ekonomin är ju helt krasch. Och jag har ju inte speciellt mycket pengar jag heller men hennes syn är inte vad man ska säga riktigt och jag kan ju inte betala pengar för att hon inte ska ta livet av sig, det funkar ju inte...

Även om Adam och Anna är separerade så har Adam mycket att bearbeta. Anna tog väldigt mycket plats i deras relation.

...det var det jag märkte när vi separerade, att vad fan är *jag* någonstans, jag är ju helt bortblåst, jag visste ju inte ens vem jag var, allting handlade ju om hennes grejer. Det gällde att parera och så jag kände att jag måste ju hitta mig själv igen. Och nu har jag kommit en bra bit på vägen. Men då var jag ju helt borta...

Adam berättar att han hade kontroll och struktur på sin tillvaro även innan han träffade Anna men att kontrollbehovet i nuläget ökat. Han beskriver att han inte menar att det handlar om att ha kontroll över människor utan mera på saker och på tillvaron.

Under äktenskapet tänker Adam idag att han blev kontrollerande mot Anna och han vet att hon uttryckt det som att hon blivit kvävd av honom. Han menar också att det blir en roll den andre partnern måste ta då den ena brister.

Ett annat orosmoment hos Adam efter skilsmässan är barnen och deras välmående. Adam beskriver Anna som mycket kärleksfull mot sina barn men att hon kan få infall och är väldigt impulsstyrd och att hon till exempel kan springa rakt ut i trafiken trots att det är rött och att det kan vara ett risktagande som vuxen men även en större risk om man har barnen med sig. Adam säger att Anna är medveten om detta när hon ser tillbaka men att det handlar om impulser som är svåra att styra i stunden.

Adam berättar också att Anna tycker att barnen har för mycket aktiviteter och att hon känner sig stressad över detta. Den äldste sonen har därefter uttryckt att han tycker att det blir för mycket att spela tennis men Adam menar att det är just så Anna brukar uttrycka sig och han är nu orolig att barnen ska ta skada och inte få hålla på med de aktiviteter de vill.

Copingstrategier

Sara känner ingen oro över att yngsta dottern ska ärva sjukdomen. Hon menar att skulle hon oroa sig för det också skulle hon inte orka.

Sara säger även att hon vet att livet med Daniel är jobbigt men att hon inte analyserar för mycket för då skulle hon troligen inte orka.

Sara ventilerar mycket hos sina kompisar, sin egen mamma och även Daniels familj. Sara har sagt till Daniel att hon tänker vara öppen eftersom hon inte går till psykolog så måste hon få ut det någonstans.

Sara har skaffat sig en egen utbildning och hon känner att hennes arbete är en fristad.

Sara känner sig ofta stressad men är i grunden en mycket positiv människa som tänker att *"allt ordnar sig"*. Hon har alltid haft mycket stöd av sina föräldrar.

Ett tag var Sara aktiv på föreningen Bipolarnas forum men då hon har många vänner som också har diagnoser och allvarliga psykiska och sociala problem kände hon att hon måste säga stopp eftersom hon kände att hon knappt orkade finnas där för sig själv.

Sara beskriver sig själv som en person som gärna tar på sig och lyssnar på andras problem samt tar på sig mycket uppdrag runt omkring och gärna ställer upp. I dag har hon avskärmat sig och börjat säga nej för att orka.

Adam tycker att saker har fallit mer på plats efter att Anna fått en diagnos. Han har även skrivit ner saker som hänt och som han funderat på redan i början av deras förhållande. Adam håller på att hitta sig själv igen men han ser ändå en framtid. Dels är det barnen som han menar tar mycket tid, men det är tid som han gärna vill ge och han tycker att det är fantastiskt att se dem utvecklas. Dels funderar han på att starta eget och ser fram emot det även fast han vet att det kan bli tufft.

Ekonomi

Sara och Daniel har levt på existensminimum hela tiden eftersom Daniel är artist och inte tjänar några pengar på detta och Sara har pluggat i många år. När Daniel har hypomanier kan pengarna försvinna snabbt. Sara säger att hon kan bli medberoende och ge Daniel pengar till öl för att behålla husfriden och för att Daniel ska komma hem på kvällen.

En period gjorde Daniel av med 110 000 på tio dagar. Daniel ser inte själv att detta skulle vara ett maniskt eller hypomant symptom.

2009 började Anna hos en ny psykolog i väntan på en utredning för ADHD. Innan hade Adam och Anna kunnat prata om hennes problem men nu märkte han att Anna började dra sig undan. Adam märkte också andra beteenden som att Anna började handla kläder för 10-20 000 i månaden på kredit.

..Och sen började hon säga att hennes psykolog inte tror att hon har några problem, men att hon skulle vänta på den där utredningen. Jag vet ju inte om det här är sant eller inte. För det jag tänkte då att det här med konsumtionen var ju ett problem, det drabbade ju allihop. Det var ju bara skulder, jag fick ju inte en krona kvar själv att leva på utan det var ju att betala hennes skulder. Hon handlade kläder och gömde dem i garderober och shoppade på nätet och var mestadels sjukskriven till och från...

I samma veva opererade Anna sina bröst för 50 000 kronor. Hon tyckte inte att Adam stöttade henne i detta och Adam menar att han inte tyckte det var okej, dels för att de hade små barn och han tyckte inte att de skulle förmedla till dem att man inte duger som man är, och dels för att de inte hade pengarna. Anna ville då belåna lägenheten med det sa Adam nej till.

Adam berättar att de hade gemensam ekonomi. De betalade räkningarna och delade sedan upp resten sinsemellan för egna behov. Anna gjorde dock av med sina pengar snabbt och Adam fick då använda sina pengar för att betala för henne.

Adam berättar att Anna även spelade ut sina föräldrar då hon fick pengar till skulder av sin mamma då pappan sagt nej.

Stöd

Daniel ville att Sara skulle närvara vid hans läkarsamtal vilket Sara gjorde. Sara har haft en timmes enskilt samtal med Lithiumsköterskan.

Sara märker skillnad om Daniel missar sin KBT (kognitiv beteendeterapi). Mötena är viktiga för att han ska må bra, anser hon.

Sara saknar anhörigsamtal och stöd från psykiatrin med någon professionell samtidigt som hon ser en fara i att hamna i en gruppterapi där det lätt kan bli för mycket åltande om vem som har det sämst respektive bäst.

Sara reagerar på att personer med bipolär diagnos ofta kommer in till psykiatrin under sina manier och att det är då de reagerar. Under depressionen gör de enligt henne inget förutom att snarare få patienten ännu mer deprimerad.

Adam och Anna började en kort period i terapi hos en känd psykolog och dennes fru. Adam hade hoppats att paret skulle se att Anna var sjuk och behövde hjälp. Istället riktades allt mot Adams egen bakgrund och att det fanns mycket alkohol runt omkring Adam när han växte upp. Adam kände inte igen sig men tänkte ändå att det kunde vara så att han förträngt dessa minnen. När han tog upp hennes kreditskulder på 20-30 000 kunde Anna övertyga om att hon hade allt under kontroll.

Psykologen gick på Annas linje och Adam menar att hon var otroligt övertygande eftersom hon trodde på det själv och det var hennes verklighet. Terapin avbröts efter några gånger för att Adam inte tyckte att det var någon idé. Adam ringde även upp sina kusiner som kommit på tal i Annas beskrivning av Adams barndom. De dementerade hela historien om att deras uppväxt skulle varit präglad av alkohol.

Några månader efter skilsmässan kände Adam återigen att han behövde någon att prata med. Psykologkontakten han haft genom jobbet hade avslutats och han ville inte belasta företaget ytterligare. Adam vände sig då till den person som var VD och överläkare och som hjälpt honom och Anna genom den struliga perioden med Annas psykolog. Överläkaren

hjälpte Adam att få en samtalskontakt som utmynnade i KBT och mindfulnesssträning och som Adam för närvarande går i. Adam är även medlem i föreningen Balans som anhängig.

Under sitt äktenskap har Adam kunnat ta hjälp av sina föräldrar som till exempel tagit hand om barnen och avlastat på så sätt.

Vad gäller barnens aktiviteter har Adam stöd av grannar som även de har barn på samma aktiviteter och de kan därför samåka.

Analys

KASAM

Begriplighet är ett ord som vi tänker att Adam idag kan använda sig av och förstå. Utan att lägga oss i den kontroversiella frågan om diagnoser finns eller inte, tänker vi att en diagnos är viktig för just begripligheten.

Att leva med en person som är bipolär handlar väldigt mycket om att oförutsedda händelser präglar ens liv. Detta har vi förstått genom våra intervjuer. Vi har förstått att det blir mer begripligt om man får kunskap om sjukdomen och i och med detta förstår att saker inte bara händer utan att just dessa händelser är en del av diagnosen. Det blir då lättare att förstå varför en person gör som den gör.

Genom hela Adams berättelse har vi förstått att det har varit viktigt för honom att skriva ner saker som har hänt och att få reda ut alla händelser.

Vad gäller hanterbarhet har Adam haft sina föräldrar som stöd. Det har kanske inte varit så mycket på det känslomässiga planet som på det praktiska, men de har funnits där och ställt upp för honom. Adam nämner även att han har flera vänner som han kan prata med.

Adam tog händelsen med Annas psykolog väldigt hårt. Efter denna känslomässigt ansträngande har han haft kontakt med en överläkare som trodde på Adams berättelse när han behövde det stödet som mest. Denna läkare hjälpte honom även att få kontakt med psykiatrin i efterhand. Adam har känt att han har kunnat vända sig till honom när han behövt hjälp.

Vi tänker också att Adam idag har ett stort stöd i sin KBT och att han dessutom jobbar mycket med mindfulness vilket i sig också är en resurs för att möta framtida problem.

Vad gäller meningsfullhet tycker vi att det finns en känslomässig innebörd i Adams liv. När Adam pratade om barnen tändes ett ljus i hans ögon och det märks att han har ett stort engagemang i dem. Fastän Adam haft tankar om att ta sitt eget liv så var barnen den största anledningen till att det stannade vid tankar.

Adam har också tankar om att starta eget vilket engagerar honom och skapar meningsfullhet i livet.

Vi tänker att Adam har ett ganska hög KASAM-värde och att det har mycket med honom själv att göra. Trots att Adam inte fått mycket hjälp av vården utan snarare blivit utestängd därifrån och trots mycket yttre stimuli och stressfaktorer som ekonomiska svårigheter och tvivel på sig själv, så har han aktivt tagit reda på och själv letat fakta även om det varit smärtsamt. Vi tänker också på att han genomförde en grundlig undersökning angående Annas psykolog och hennes beteende. Denna händelse var uppenbarligen mycket påfrestande för Adam och något som han ännu bearbetade och försökte förstå, men att han ändå fick ett sorts svar och bemötande gjorde att han ändå har kunnat gå vidare.

Adams liv med Anna har fått honom att gå igenom mycket. Han har brutit ihop men lyckats ta sig vidare och att vara med om det som han varit har fått honom att få högre KASAM och att han funderat mycket kring det som hänt.

Även i Saras liv finns det meningsfullhet. Den största aspekten är hennes uppenbart starka förälskelse i Daniel vilket präglar hennes liv och gör att hon orkar. Sara är tydlig med att hon själv har valt att leva med Daniel och i jämförelse med hur hennes liv såg ut innan tycker hon att hon har det bättre nu, trots alla stressfaktorer. Sara är även engagerad i sitt arbete efter att ha kämpat hårt i några år för att klara av sin utbildning trots situationen hemma. Vad gäller Sara använder hon sig mycket av sina vänner och sin familj när hon behöver prata om sin familjesituation. Hon verkar ha ett stort kontaktnät vilket gör att hon inte känner något större behov av att medverka i någon anhörigrupp. Saras motivation är hög och det verkar även som att hon hittar drivkrafter där ingen annan gör det.

Coping

När det gäller coping har vi funnit flera olika exempel i vårt intervjumaterial.

Sara har flera inre copingresurser. Bland annat så ligger det i hennes personlighet att hon alltid tänker att allt ska ordna sig och hon litar på den känslan. Hon besitter en personlig kontroll och verkar inneha en god problemlösningsförmåga. Exemplet på hennes självkontroll är många, vi kan använda oss av den gången hon klarade att ta sig igenom sin depression själv utan att ta hjälp från vården? Självkontroll, men även god problemlösningsförmåga illustreras bland annat i hur hon löste den svåra situationen efter att ha fått meddelandet från Daniel om att han skulle begå självmord.

Kognitivt sett så upplever hon att hon till viss del kan styra sina tankar bort från att analysera sin situation, då detta bara skulle få henne att bli mer orolig.

När det gäller yttre copingresurser så har hon stöd från både familj och vänner vilket för henne till stor del uppväger bristen på anhörigstöd från vården. Hon har också sitt arbete som hon ser som en fristad.

När det kommer till copingstrategier skulle vi vilja påstå att Sara använder sig av både problemfokuserade strategier, känslfokuserade och undvikande. Exempel på problemfokuserade strategier är att Sara precis efter diagnosen sattes sökte mycket information om sjukdomen, hon anpassar sitt liv efter Daniels och planerar deras vardag noga. Exempel på känslfokuserade strategier kan vi se i hur Sara söker stöd från sin omgivning, hon förlåter Daniel för saker som han gör och hon försöker kontrollera sina känslor.

När det gäller copingmetoder använder sig Sara främst av kognitiva metoder som positivt tänkande (allt ordnar sig) och förändringsplaner (flytten till Visby).

Adams inre copingresurser visar sig bland annat i hans problemlösningsförmåga. Han insåg ganska tidigt att han själv behövde någon att prata med och ordande det genast genom att be sin chef om hjälp. När han hade självmordstankar så tog han själv kontakt med psykiatrin för att få stöd. Han var också väldigt strävsam i sina försök att få till samtal med Annas psykolog som han upplevde hade kränkt honom. Han både ringde samtal och skrev brev för att försöka lösa problemet. Vi tänker också att han har en förmåga och önskan om att hantera relationen då han försökt se till att de skulle få gå i parterapi.

När det gäller hans yttre copingresurser vill vi nämna hans familj som funnits där, hans chef som ställde upp och gav honom en psykologkontakt men även den överläkare som Adam tog kontakt med och sedan fick mer hjälp av. Han använder sig av både problemfokuserade strategier och känslfokuserade. De förstnämnda blir tydliga när man tänker på hur han kämpade för att försöka lösa konflikten med Annas psykolog, hur han anpassade sig och hjälpte Anna med hennes skulder och hur han slutligen fattade beslutet att han ville att de skulle separera. Känslfokuserade strategier använde han sig av bland annat när han försökte kontrollera sina känslor kring otroheten, när han förlät Anna för saker hon gjort och när han sökte socialt stöd hos andra.

När det kommer till copingmetoder så är Adams nytänkande kring separationen en kognitiv metod och hans mindfulnesssterapi en beteendemetod.

Empowerment

När det gäller empowerment, utifrån vår definition, uppfattar vi att båda våra intervjupersoner är i stånd till att förändra sina liv. De funderar mycket båda två och tar sedan beslut utifrån vad de kommer fram till. Sara insåg att hon behövde göra något eget varpå hon beslutade att påbörja en utbildning. Detta gjorde hon med vetskapen om att det skulle kunna bli jobbigt att studera och samtidigt ha en sjuk make och i hennes fall dessutom ett barn med egna svårigheter. Detta beslut tyder på hög empowermentförmåga och ledde förmodligen också till att hon erhöll ett högre KASAM-värde.

Sara har en hög kontrollförmåga och planerar sitt liv utifrån sina förutsättningar. Hon blundar inte för problemen utan tar tag i dem så gott hon kan när de uppkommer. Hon såg också till redan från början att skaffa sig kunskap om sjukdomen som hennes partner har och åker dessutom på medicinkonferenser gällande dotterns diagnos. Vi uppfattade också tydligt att hon är stolt över sig själv, sin förmåga och sin familj.

När det kommer till Adams empowerment-förmåga tycker vi också att han uppvisar många starka sidor. Han ser också problemen för vad de är och stoppar inte huvudet i sanden. Han har precis som Sara skaffat sig information om sin partners diagnos för att lättare kunna förstå både sig själv och henne. Hans starka självbevaringsdrift gjorde att han sökte hjälp för egen del och att han dessutom inte gav sig när han upplevde att han blev kränkt och illa behandlad av vården. Han inser värdet av sin terapi och planerar att fortsätta med den. Han var också noga med att stämna av med sina släktingar när han upplevde att hans partners bild av honom inte överensstämde med hans egen.

Tidigare forskning

När vi tittat på den tidigare forskning som finns inom ämnet så är beskrivningarna av hur det är att vara anhörig ofta liknande. I van der Bijls studie från 2009 kan utrönas två typer av beteende hos de anhöriga. De som försöker få ihop sitt liv genom att sätta sig själva åt sidan och de som agerar undvikande. Vi tycker att båda våra intervjupersoner kan sälla sig till forskningen om anhöriga som kämpar med att inte tappa bort sig själva samtidigt som de försöker få familjen att fungera.

Genom våra intervjuer tycker vi att Sara stämmer in på typen som sätter sig själv i andra hand och försöker finnas för allt och alla. Hon kämpar med att trots detta skapa sin egen mening genom en utbildning.

Mycket i den tidigare forskningen handlar om stöd till anhöriga eller om avsaknaden av det. Några vet inte vart de ska vända sig eller upplever att de inte aktivt orkar söka stöd själva, det upplevs som ytterligare en börda. Önskan är att få kunskap om sjukdomen och att träffa andra i samma situation. Våra intervjupersoner har båda aktivt sökt kunskap. Stöd från vården har varit dålig men inte heller önskvärd hos alla. Men vi tänker ändå att det inte är rätt stöd som finns tillgängligt för anhöriga i dagsläget. Har man familj är det viktigt att få hjälp med familjeplanering och ekonomin eftersom det verkar vara där många av problemen uppstår. Detta borde erbjudas så fort en diagnos blir satt. Det är även viktigt för den anhöriges KASAM-värde att man får professionell hjälp att överskåda sitt liv och sin situation och att få någon slags kontroll över den. (Kristoffersson och Tranvåg 2008). Samma studie visar även att alkoholmissbruk är vanligt hos personer med diagnosen bipolär sjukdom. Sara kämpar med sina tankar om alkoholen och om ett eventuellt missbruk hos sin man Daniel. Detta är något som påverkar deras liv inte minst vad gäller konflikter. Vi tänker att även detta borde uppmärksammas inom vården. I Saras fall ser vi hur hon kämpar med sina tankar om ett medberoende kontra det som är bäst för familjen i stort.

I Tranvågs och Kristofferssons studie analyserar de resultatet av de anhörigas upplevelser med hjälp av gestaltteorin. Denna teori liknar i mångt och mycket KASAM och betydelsen av känslan av sammanhang. Adams liv har varit fragmentariskt och han har även fått utföra mycket detektivarbete för att få ihop sin gestalt eller sitt sammanhang.

Adam är ett tydligt exempel på hur viktigt det är att förstå situationen och hur dåligt en människa kan må då den börjar tvivla på sitt eget jag och sin identitet och sin egen roll. För Adams del blev det oundvikligt med en separation för att rädda sig själv men med en tidig insats av vården, och framförallt rätt typ av vård hade kanske situationen sett annorlunda ut.

Bland annat Evans och Dahlqvist -Jönssons forskning visar på betydelsen den anhörige har i den drabbades välbefinnande. Detta tycker vi stämmer överens med vår egen studie. Att vara anhörig till en person med bipolär sjukdom tyder i vår studie på att vara någon som är ett starkt stöd för den andre partnern även fast det inte alltid går att lita på att få samma stöd tillbaka. Omgivningen är viktig för den sjuke och viktigast är den person man lever ihop med. Därför är det viktigt att den personen får stöd och hjälp att orka vara den pelare som håller ihop familjen.

Dahlqvist Jönssons olika teman var intressanta och stämde i vissa fall överens med våra intervjupersoners berättelser.

I temat *building hope for the future* fanns mycket av Saras tankar om oro för att släppa taget om Daniel samtidigt som hon hade en längtan om att bli avlastad. I hennes tankar om

framtiden finns alltid en oro för Daniel med och hon uttryckte en önskan att det skulle finnas bra psykiatrisk vård om de flyttade.

Däremot upplevde ingen av våra intervjupersoner något påtagligt stigma eller avvikelse. Saras kontaktnät består av vänner där flera har en liknande familjesituation. Det skulle kunna vara så att det är ett medvetet val för att slippa stigma och utanförskap som kanske skulle kunna uppstå i en annan krets. Daniel har många vänner som känt honom sedan länge och känner till hans depressioner.

I Adams berättelse framkommer inte heller några uttryck för stigma.

I teorin om "the switch process" finns idéer om att partnern inte alltid är det ultimata stödet och att ett konfliktfyllt förhållande till och med kan trigga igång ett sjukdomsskov, detta främst hos de par där den anhöriga var kvinna. Vi har inte funnit detta överensstämmande i vår studie även om vi ser en slags dynamik där agerandet hos båda parter svänger efter den andres humör. Vi vill dock inte dra det så långt som forskarna gör i "the switch process". Vi tycker att det är en amerikaniserad studie och att variablerna aktiv/passiv och beroende/oberoende inte stämmer överens med studien om svenska par utan kanske mer stämmer överens med det amerikanska samhället och deras familjestruktur med mannen som försörjare och kvinnan som tar hand om hemmet.

Vi tycker att Sara och Adam har flera gemensamma nämnare i sina respektive roller vad gäller ansvars- och kontrollbiten oberoende av att de tillhör olika kön och vi ser inte genus som ett tema att forska vidare om. Vi tycker att det finns ett stort kunskapshål att fylla och att de studier som hittills gjorts är för små för att säga något generellt så vi hoppas kunna lämna ett bidrag till forskningen som finns eller se om det finns andra aspekter att ta hänsyn till.

Slutsatser

Syftet med vår studie var att öka, beskriva och synliggöra några anhörigas upplevelser av sitt liv med en bipolär sjuk partner. Våra slutsatser har vi dragit utifrån vår analys. Vi har valt att återge våra slutsatser under respektive frågeställning.

Hur upplever våra intervjupersoner att det är att leva med en bipolärsjuk partner?

Den ena av våra intervjupersoner upplever att livet med partnern är oberäkneligt. Hon uppger att hon aldrig vet hur dagen ska bli och att detta medför att hon själv kommer i tredje hand efter först sin partner och sedan barnen. Hon upplever att det är mycket stressande då hon känner till att hennes partner har självmordstankar och att detta innebär att hon aldrig kan ta sin partner för given. Sara upplever även att hon trippar på tå i sin vardag för att partnern under sina depressioner kan vara stingslig mot henne och barnen. Hon tycker att det är mycket jobbigt när hennes partner dricker under perioder och att han då dessutom kan göra av med en massa pengar. Sara berättar att även hon själv i stunder frågar sig om hon också är psykiskt sjuk. Hon berättar om en tid när hon till slut gick in i väggen och själv hamnade i en depression men då valde att inte ta emot någon hjälp för att hon beförde att ingen skulle kunna vara hemma och ta hand om hemmet. Hon är rädd för att han inte ska klara sig utan henne men är samtidigt trött på att behöva vara mamma till honom. Hon är den som ständigt måste ha koll på allting i deras liv. Hon känner hela tiden att hon inte vågar släppa denna kontroll för att hon inte vet vad som händer då. Hon känner att det knappt finns något eget utrymme för henne och när hon väl gör något så känner hon ganska snart att hon vill åka hem.

Adam är i nuläget separerad från Anna. Han berättar att det var mycket strul redan när de träffades. Anna träffade en ny kille ett tag men gick tillbaka till Adam efter ett tag. När Anna blev gravid bestämde de sig för att flytta ihop och försökte skapa sig ett liv tillsammans. Adam beskriver livet tillsammans med Anna som bra de första åren. Det hände mycket saker men det var inte bara negativt utan livet fick snarare en extra krydda av Annas spontanitet. Allting ändrades när Anna fick utskrivet antidepressiv medicin och hamnade i ett maniskt tillstånd. Adam fick ta över ansvaret i hemmet och över ekonomin. Deras sexuella utsvävningar som börjat som en oskyldig lek med deras fantasier blev okontrollerbart och Adam sa ifrån. Anna fortsatte och satte sig själv i riskfyllda situationer som Adam inte kunde göra något åt. Anna har även svårt att behålla arbete och vänner. Hon har dessutom lätt för att fabulera och Adam menar att för Anna är det sanningar och ser därför inte den skada hon åsamkar andra människor. Adam menar att Anna saknar verklighetsförankring.

Hur hanterar våra intervjupersoner den stress och yttre stimuli som kan uppkomma i deras relation?

Sara berättar att hon i grunden är en sådan person som tänker att allt löser sig. Men hon berättar också att hon väljer att inte analysera så mycket för att hon då inte skulle orka. Hon berättar att hon tycker att livet med partnern är jobbigt men att hon låter bli att analysera för att hon då inte skulle orka. Hon har idag börjat säga nej till saker som hon egentligen vill göra men inser att hon inte skulle orka med. Hon berättar att hon saknar anhörigstöd från psykiatrin.

När det gäller hennes partners stingslighet som också går ut över barnen försvarar Sara honom med att han inte kan hjälpa det utan att det beror på sjukdomen.

Sara har en tanke som hon använder för att försäkra sig vilken är att hon tänker att så länge partnern har en framtidsdröm så vill han fortsätta leva.

Ett annat försvar hon använder är att hon tänker att hon kan ta sina barn för givna i stället för sin partner och på detta sätt rättfärdiga att hon sätter honom främst. Sara tvingar sig själv att hålla tillbaka sina egna reaktioner och låter bli att tjata och gnata för att partners humör ska hållas mer stabilt. Hon låter honom köpa öl trots att de inte har råd då hon inte orkar ta konflikten och hon känner att det blir ett val mellan att behålla familjefriden eller starta ett gräl. Sara känner att hon får mycket uppskattning utifrån och att hon tar till sig detta. Hon berättar att det var mycket viktigt för henne och väldigt befriande när han fick sin diagnos och att det nu är oroande att läkarna funderar på att ställa en ny diagnos.

Sara vill gärna flytta till Visby då det är vad Daniel vill och hon pratar också om vikten av att det finns en välfungerande psykiatri för Daniel.

Sara ventilerar mycket hos sina kompisar, sin egen mamma och även hos Daniels familj. Sara har skaffat sig en egen utbildning och hon känner att hennes arbete är en fristad. Sara beskriver sig själv som en person som gärna tar på sig och lyssnar på andras problem samt tar på sig mycket uppdrag runt omkring och gärna ställer upp. I dag har hon avskärmat sig och börjat säga nej för att orka.

Precis som Sara har Adam vänner som han kan ventilera hos. Adam har tidigare haft depressioner och har en mer känslig personlighet. En copingstrategi Adam använder sig av är att försöka dokumentera, reda ut och analysera för att förstå sin situation. Detta har varit nödvändigt på ett annat sätt än för Sara eftersom Adam har råkat ut för stora svek och lögner och även hamnat i djupa tvivel om sin egen mentala hälsa. Adam har brutit med Anna

eftersom han förstod att det skulle vara för hans eget bästa och har använt sig av en anhöriggrupp och vårdinsatser för att kunna gå vidare med sitt liv.

Adam känner att han lätt hamnar i tvivel över sitt eget jag i kontakten med Anna och försöker därför undvika att hamna i diskussion med henne.

Adam har framtidsplaner om att starta en egen firma och verkar se ganska ljust på framtiden. Hans barn betyder mycket för honom och han ser fram emot att följa deras utveckling

Hur överensstämmer våra intervjupersoners upplevelser med tidigare forskning kring ämnet?

Den tidigare forskningen har till stor del varit inriktad på den vård som finns (eller inte finns) för anhöriga. I våra intervjuer har inte vårdfrågan varit i fokus. Det går att konstatera att det saknas resurser vad gäller adekvat utbildning om sjukdomen och hjälp med copingstrategier för att klara vardagen eftersom det oftast är den anhöriga som drar det tyngsta lasset. Men båda intervjupersonerna var skeptiska till anhöriggrupper. Adam hade gått med i en anhöriggrupp, men inte fått ut så mycket av det. Sandra kände att det kunde bli lite som att sitta och jämföra varandras misär. Deras behov att tala med andra, som varit teman i flera tidigare forskningar och önskemål hos anhöriga, fyllde de genom egna vänner eller familjemedlemmar.

Kristoffersons och Tranvågs teori och gestaltterapi fann vi vara ett alternativ till KASAM och som går ut på att finna en mening och sammanhang i en svår situation. Något som vi har sett är mycket viktigt om den anhöriga ska orka och behålla sin egen hälsa intakt. I linje med bland annat Evans tidigare forskning kan vi bara hålla med utifrån vårt empiriska material att de anhöriga är de som är av störst betydelse för den sjukes hälsa och att den anhörige därför borde uppmärksammas mer. Detta inte minst för att underlätta för vården på längre sikt eftersom det är där både den anhöriga och den sjuke hamnar om de inte får rätt stöd.

”The switch process” fann vi vara en intressant studie som dessvärre var svår att applicera på vårt material. Inte minst för att studien byggde på par där mannen utgjorde försörjaren och kvinnan den som skötte hemmet och att rollerna därför var svåra att hantera under depressioner eller manier. Vi ser dock att det finns en dynamik i våra intervjupersoners förhållanden som kan härledas till den sjukes humörsvängningar och att personerna till stor del anpassar sina roller efter dessa. Ett exempel är att Daniel känner sig i underläge när Sara mår bra. Då måste Daniel trigga i gång något.

Vad gäller Dahlqvists olika teman tycker vi inte att stigma utmärker våra intervjupersoner. Å andra sidan verkar både Sara och Adam ha funnit vänner som har liknande familjesituationer vilket underlättar känslan att få vara ungefär som alla andra.

Det Jönsson fann i sin studie om att anhöriga ofta har pessimistisk syn på att den sjuke klarar sig själv finner vi även hos Sara. Hon känner att hon hela tiden måste ha koll på att Daniel tar sin medicin och hon ringer och påminner honom om hon inte är hemma. Hon känner sig tvungen att ta på sig en modersroll trots att hon inte vill eftersom hon inte riktigt tror att Daniel fixar det själv.

Diskussion

Denna studie har givit oss en hel del insikt i hur det kan vara att leva med en psykiskt sjuk partner. Denna insikt har vi erhållit framför allt genom att lyssna till våra intervjupersoner.

Det har tidigare forskats kring psykisk sjukdom och anhörigskap men oftast handlar dessa studier om schizofreni. Vi har inte sökt information direkt från vården om det finns några specifika riktlinjer för hur man bör bemöta och hjälpa anhöriga till psykiskt sjuka. Detta skulle vara intressant att reda ut för att på ett tydligare sätt klargöra den uppenbara bristen inom området. Vi tänker att ett utökat anhörigstöd skulle hjälpa både den sjuke och dennes anhöriga på många sätt. Det skulle exempelvis kunna finnas ett familjeterapeutiskt stöd för att undvika att relationen går i kras.

När det gäller de resultat vi sett gällande copingstrategier är det svårt för oss att avgöra om dessa strategier är specifika för just anhöriga till bipolär sjuka eller om de är på ett mer allmänmänskligt plan, det vill säga en reaktion som är vanligt förekommande hos personer som hamnar i svåra situationer. Det skulle kunna finnas ett intresse i att undersöka detta vidare. Något vi uppfattat utifrån Adams berättelse är att det kan vara av stor vikt att man träffar rätt person inom vården. Det tycks som att man själv måste vara stark och handlingskraftig för att få den hjälp man behöver.

Man kan även fundera kring tystnadsplikten som finns till för att skydda klienterna. Den kan även, som vi har uppfattat det, förhindra att den sjuke får det stöd som denne kan behöva. Den sjuke uppvisar många gånger ett friskt beteende vid läkarbesöken och det skulle då kunna vara till stor hjälp att vården kunde ha en separat och fortlöpande diskussion med den anhörige. Även om det i våra intervjuer inte framkom någon direkt problematik kring stigmatisering är det ändå ett välkänt fenomen gällande psykisk sjukdom generellt. Vi tänker därför att det alltid är positivt med en ökad kunskap inom ämnet såväl för anhöriga som för

gemene man. En god samverkan mellan relevanta vårdinstanser och anhöriga skulle förmodligen kunna bidra till ett bättre samarbete, ett friskare folk, färre skilsmässor och bättre hälsa överlag.

Våra intervjupersoners upplevelser skiljer sig till viss del åt när det gäller faktiska händelser och situationer, likaså skiljer de sig åt när vi ser över litteraturen som vi funnit. Men det finns många överensstämmande faktorer gällande själva hanterandet av upplevelsena. Det finns också tydliga likheter med tidigare forskning i ämnet.

Efter en ny sökning på SOCINDEX, utförd efter att vi samlat in vårt uppsatsmaterial, med sökorden bipolar disorder and coping, fann vi en uppsats av Nehra m.fl. (2005). Författarna till denna studie samstämmer med tidigare forskning som visat på att det nästan endast gjorts liknande studier av anhöriga till schizofrena. Studien gjorde en jämförelse av copingstrategier hos anhöriga till schizofrena och anhöriga till bipolära.

Resultatet var att skillnaderna inte var speciellt stora. Det var dock så att kvinnor mer sällan använde sig av undvikande coping så som alkohol, piller och så vidare. Ett annat resultat var att det inte fanns några självklara strategier som man tidigare hade trott. Urvalet var dessutom familjer med allvarliga symtom och där sjukhusvistelser varit vanligt. En vanlig copingstrategi var därför även att personerna vände sig till sjukvården och bad om hjälp. Sjukvården i våra studier har däremot kritiserats som ganska lam och någon personerna inte kunde räkna med.

Sammanfattningsvis gällande tidigare forskning och våra intervjupersoners berättelser finns en samstämmighet när det gäller familjen som det viktigaste stödet i den sjukes liv. Vi håller därför med om att det behövs mera stöd från vården och att det vid en diagnos bör erbjudas familjestöd omgående. Copingstrategier används av alla människor men vissa har mer stress i sitt liv än andra och behöver därför professionellt stöd.

En fördel med de senaste årens tragiska skandaler som till exempel mordet på utrikesminister Anna Lindh, Arbogamorden, vansinnesfärden i Gamla Stan och Åkeshovsmannen är att makthavarna har fått upp ögonen för problematiken kring psykisk sjukdom. De anhöriga förväntas idag till stor del ta hand om sina sjuka och detta slutar ofta med att de själva blir utbrända och får en mental ohälsa vilket i sig leder till ytterligare kostnader för samhället.

Den dag vården inser att livslånga psykiska handikapp kräver lika mycket hänsyn och hjälpmedel som de fysiska kommer både de sjukas och de anhörigas liv att förbättras.

Personkemin mellan patienten anhörig och läkaren avgör mycket av hur vården blir. Om man inte känner tilltro till personalen så kommer behandlingen bli lidande.

Vi frågar oss vad är samhällets ansvar och den anhöriges ansvar?

Förslag på framtida forskning

Efter att ha utfört denna studie och efter att vi har fått ta del av våra intervjupersoners berättelser har det hos oss uppstått en större nyfikenhet kring psykisk sjukdom, anhörigskap och den psykiatriska vård som finns i Sverige idag. Vi har insett att det finns ett stort behov kring denna speciella och många gånger svåra situation som det innebär att vara anhörig till en psykiskt sjuk individ. Vi har hört berättas och läst om att stödet till de anhöriga många gånger är litet eller obefintligt men att det är i allra högsta grad önskvärt. Vi undrar om detta är något som gäller generellt i Sverige eller om det finns andra, bättre alternativ att dra lärdom av.

Vi tänker också att det är intressant att titta på samhället och dess relation till diagnoser. Förr fanns det institutioner där psykiskt sjuka lades in. Idag läggs ett större ansvar på familjen och även om det kan tyckas bättre för alla så har anhörigstödet inte riktigt följt den utvecklingen.

Vi tänker att det för den framtida forskningen även är intressant att se vilken plats det finns för personer med diagnos i dagens samhälle där allting blir mer och mer individualiserat och där ett liv utan krav från myndigheter blir allt svårare. Hur stort är till exempel sambandet mellan hemlöshet och personer med diagnos utan anhöriga som orkar eller kan ta ansvar för den sjuke?

Referenser

- Aiken, C. (2010). *Family Experiences of Bipolar Disorder*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Antonovsky, A. (1987) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.
- Askheim, O.P., Starrin, B. (2007) *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara*. Stockholm: Värkstaden AB.
- Carlsson, B. (1991) *Kvalitativa forskningsmetoder*. Falköping: Gummessons Tryckeri AB.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Wängnerud, L. (2007) *Metodpraktikan*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Evans, L. (2003). Who cares about careers: What is the ideal collaborative relationship between carers of mentally ill relatives and mental health professionals? *American Journal of Psychology*, 55, 4-5.
- Fitzgerald, R.G., Hoover, C.F. (1981) Marital Conflict of Manic-Depressive Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 38(1): 65-67.
- Föreningen Balans (1999) *Balansgång, om depressioner och manier*. Spånga: APEC Tryck och förlag.
- Hill, R., Shepard, G., & Hardy, P. (1998). In sickness and in health: the experiences of friends and relatives caring for people with manic depression. *Journal of Mental Health*, 7, (6), p.611-620.
- Kristoffersen, K., Tranvåg, O. (2008) Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22,(1),5-18.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, S, Lilja, J., Mannheimer, K. (2005) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Michalak, Erin, E., Yatham, Lakshmi, N., Kolesar, Sharlene, Lam, & Raymond, W. (2006). Bipolar Disorder and Quality of Life: A Patient Centered Perspective. *Quality of Life Research*, vol. 15, (1), p. 25-37.
- Moberg, Å.(2005) *Vara anhörig*. Stockholm: Bokförlaget DN.
- Mofors, H-P.(2010) *Bipolär sjukdom*. Solna: GlaxoSmithKline AB

- Nehra, R, Chakrabarti, S, Kulhara, P, & Sharma, R n.d. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, (4), 329-336.
- Soares-Weiser, K., Bravo Vergel, Y., Beynon, S., Dunn, G., Barbieri, M., Duffy, s., Geddes, j., Gilbody, s., Palmer, S., & Woolacott, N. (2007). A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment*, vol.11, 39.
- Strober, M. (1992). Bipolar Disorder. *New Directions for Mental Health Services*, 53, 35-38.
- Treves, I., Fennig, S., Levkovitch, Y., & Elizur, A. (1999). Couple dynamics of bipolar patients:” the switch process.” *Family Therapy- The Journal of the California Graduate School of Family Psychology*, 26, (3), 191-199.
- van der Bijl, J.J., Goossens, P.J., van der Voort T.Y. (2009) Alone together: A grounded theory study of experienced burden, coping, and support needs of spouses with a bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18,(6), 434-43.