

# **EN KVALITATIV LITTERATUR- STUDIE OM LIVSKVALITET OCH BIPOLÄR SJUKDOM**

BIANCA ALSEN  
ANNA GÖRANSSON

# EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE OM LIVSKVALITET OCH BIPOLÄR SJUKDOM

BIANCA ALSEN  
ANNA GÖRANSSON

Alsén, B & Göransson, A. En kvalitativ litteraturstudie om livskvalitet och bipolär sjukdom. *Examensarbete i handikapp- och rehabiliteringskunskap*. 15 p. Malmö Universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, 2025.

## ABSTRAKT

**Bakgrund:** Bipolär sjukdom är en psykisk funktionsnedsättning som kan påverka livskvaliteten på olika sätt. Faktorer som påverkar livskvaliteten kan handla om högst individuella erfarenheter men dess negativa eller positiva inverkan är högst relevant att undersöka för denna målgrupp. **Syfte:** Att undersöka hur personer med bipolär sjukdom upplever livskvalitet. **Metod:** Litteraturstudie baserad på tidigare forskning, med en induktiv tematisk analys utifrån teorierna stigma och KASAM. **Resultat:** Det visade sig att stigma negativt påverkar livskvaliteten utifrån antaganden och fördomar gentemot bipolär sjukdom. För att utveckla livskvalitet kunde individer utveckla metoder och strategier som belyste KASAMS centrala delar. **Slutsats:** Stigmatisering stod för den yttre påverkan för livskvalitet genom att skapa sociala barriärer, medan KASAM representerade den individuella inre resan och ett verktyg för att utveckla livskvalitet.

*Nyckelord:* bipolär sjukdom, KASAM, livskvalitet, stigma

# A QUALITATIVE LITERATURE STUDY ABOUT QUALITY OF LIFE AND BIPOLAR DISORDER

BIANCA ALSÉN  
ANNA GÖRANSSON

Alsén, B & Göransson, A. A qualitative literature study of quality of life and bipolar disorder. *Thesis in Disability and Rehabilitation Science. 15 hp.* Malmö University: Faculty of Health and Society, 2025.

## ABSTRACT

**Background:** Bipolar disorder is a mental disability that can affect quality of life in different ways. Factors that affect quality of life can be highly individual experiences, but its negative or positive impact is highly relevant to investigate for this target group. **Purpose:** The purpose of this study was to investigate how people with bipolar disorder experience quality of life. **Methods:** The method is a literature study based on previous research, with an inductive thematic analysis based on the theories of stigma and KASAM. **Results:** The result showed that stigma negatively affects quality of life based on assumptions and prejudices towards bipolar disorder. In order to develop quality of life, people with the disease could develop methods and strategies that highlighted the central parts of KASAM. **Conclusions:** Stigmatization accounted for the external impact on quality of life by creating social barriers, while KASAM was represented as the individual internal journey and a tool for developing quality of life.

*Keywords:* bipolar disorder, KASAM, quality of life, stigma

## **FÖRORD**

Arbetet handlar om bipolär sjukdom och det växte fram utifrån båda författarnas intresse av ämnet. Det har inneburit en hel del utmaningar och ett gediget tålamod från vår sida att slutföra arbetet så som vi hade tänkt oss. Vi vill tacka kursansvarig för hjälpen att skriva ett examensarbete.

Anna Göransson

Bianca Alsén

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b> .....	5
1.1 Psykisk funktionsnedsättning - historisk utveckling .....	5
1.2 Psykisk funktionsnedsättning och funktionshinder idag .....	7
1.3 Problemformulering .....	8
1.4 Syfte .....	9
1.5 Frågeställningar .....	9
<b>2. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	10
2.1 Definition på hälsa .....	10
2.1.1 <i>Salutogent perspektiv på hälsa</i> .....	11
2.1.2 <i>KASAM (Känsla Av Sammanhang)</i> .....	11
2.2 Stigma .....	13
2.2.1 <i>Självstigma</i> .....	17
2.2.2 <i>De upplysta och den moraliska karriären</i> .....	19
2.3 Stigma och KASAM som teoretiskt ramverk .....	21
<b>3. METOD</b> .....	23
3.1 Databassökning .....	23
3.2 Exklusionskriterier och inklusionskriterier .....	25
3.3 Dataextraktion och urval .....	25
3.3.1 <i>Analys av data</i> .....	26
3.4 Etiska överväganden .....	29
<b>4. RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	31
4.1. För livskvalitet .....	31
4.1.1 <i>Makt över sig själv och sin vård</i> .....	31
4.1.2 <i>Sysselsättning och struktur</i> .....	34
4.1.3 <i>Sociala relationer och resurser</i> .....	36
4.1.4 <i>Acceptans, förståelse och kontroll</i> .....	40
4.2 Stereotyper och identitetskris .....	45
4.2.1 <i>Självstigma och självbild</i> .....	47
4.2.2 <i>Uteslutning och strukturell diskriminering</i> .....	50
<b>5. DISKUSSION</b> .....	54
5.1 Sammanfattning av resultatet .....	54
5.1.1 <i>Resultatdiskussion</i> .....	55
5.2 Diskussion av metod .....	56
5.2.1 <i>Kvalitativ och induktiv tematisk analys</i> .....	56
5.2.2 <i>Utmaningar och eventuella följder</i> .....	57
5.3 Framtida forskning .....	58
<b>6. REFERENSER</b> .....	59
<b>BILAGA 1. ÖVERSIKT AV DATABASSÖKNING</b> .....	62
<b>BILAGA 2. ÖVERSIKT AV INKLUDERADE ARTIKLAR</b> .....	63

# 1. INLEDNING

Förut bestod begreppet "livskvalitet" av ett mer begränsat område som endast relaterade till det medicinska perspektivet med fokus på frånvaro av sjukdom (Hansson 2020). Detta innebar att personer med funktionsnedsättning skulle endast behandlas och botas. Idag är perspektivet bredare och där ingår individens hela livssituation. Livskvalitet kan därmed definieras på olika sätt och är även högst individuellt erfaret. Det kan upplevas vara som frånvaro av sjukdom eller ohälsa, medan andra livsområden kan samspela i definitionen. Personer med funktionsnedsättning upplever nödvändigtvis inte sämre hälsa och livskvalitet på grund av sin funktionsnedsättning (Arnhof 2008). De kan ha eller uppnå god hälsa trots att de har en sjukdom eller liknande eftersom hälsa kan ses ur ett annat perspektiv hos målgruppen. De aspekter som kan påverka individer med funktionsnedsättning handlar om individens förmåga att hantera viktiga aspekter av livet såsom att kunna uppnå självständighet, tillgänglighet och delaktighet. Tidigare forskning visar att personer med psykisk funktionsnedsättning är en grupp som lever under andra förutsättningar till skillnad från befolkningen i övrigt. En rapport från Folkhälsomyndigheten beskriver att målgruppen har följande lägre livsvillkor, såsom tillgång till arbete, och sämre hälsa (Folkhälsomyndigheten 2016). Gruppen får därmed omfattande konsekvenser av sin sjukdom inom olika livsområden. De sociala följderna ger oftast en större inverkan på individen än själva sjukdomen i sig och kan därmed påverka livskvaliteten.

Utifrån dagens syn på livskvalitet och hälsa för personer med psykisk funktionsnedsättning finns det en djupare förklaring i den historiska utvecklingen. Detta handlar om att det tidigare funnits en annan form av ideologier kring vård av psykisk sjukdom, men också kring själva gruppen i sig. Det har dessutom skett ett skifte i hur begreppet psykisk funktionsnedsättning definieras. För att få en förståelse för detta kommer nästa avsnitt handla om denna förändring, samt hur det ser ut idag.

## 1.1 Psykisk funktionsnedsättning - historisk utveckling

Begreppet psykisk funktionsnedsättning är inte alltid så lätt att definiera eftersom det har skett en förskjutning både i tolkningen av gruppen och hur de ska vårdas

(Socialstyrelsen 2012). Historiskt sett har gruppen tolkats utifrån de olika ideologier som bland annat förekom i Sverige under 1900-talet. Personer med psykisk funktionsnedsättning var en grupp som ansågs vara svaga och sjuka, till skillnad från resten av befolkningen. De ansågs vara mindre värderade människor och mer en belastning för samhället. Personerna skulle vårdas på institutioner med endast medicinska medel. När folkhemmet byggdes ut i Sverige under 1900-talet var ambitionen att ge medborgarna ett tryggt och starkt samhälle (Mattsson 2021). Med detta initiativ skapades också ett ideal om hur den perfekta samhällsmedborgaren såg ut. Människorna skulle vara ordningsamma och friska medborgare. Eftersom människorna ansågs bära sjukdomar i sina kroppar skulle de renas genom ”socialhygieniska” metoder. Med socialhygieniska metoder var tanken att exkludera personer med psykisk funktionsnedsättning från de andra som ansågs vara friska och starka. Därför förekom metoder mot gruppen som innefattade mycket tvång och bland annat tvångssterilisering för att ’utrota’ dem som art (a.a).

Under 1900-talet skedde en process som skulle förändra formerna av behandling och vård hos personer med psykisk funktionsnedsättning, kallad avinstitutionaliseringen (Statens offentliga utredningar (SOU) 2006:100). Detta innebar att personer som tidigare vårdats på institutioner skulle nu ersättas med öppnare vårdinsatser och med anpassningar i samhället. I västvärlden förelåg dessa förändringar i olika grader medan i USA och i England hade sådana reformer redan trätt i kraft vid början av 1960-talet. Vid socialtjänstlagens tillkomst fanns det fortfarande få insatser och kompetens kring denna grupp. För att åtgärda detta problem tillsattes Mentalservicekommittén, och ett år senare blev utredningen till en parlamentariskt sammansatt kommitté, som kallas Psykiatriutredningen. I slutbetänkandet av den nya reformen motiverades det att förbättra livssituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning. Genom att bland annat stärka den enskildes självbestämmande och få möjlighet till att leva ett självständigt liv. Regeringen valde dessutom att i sin proposition (Prop. 1993/94:218) fördela ansvaret till kommunerna. Den svenska psykiatrireformen trädde sedan i kraft den första januari 1995. Psykiatrireformen var en del av ”avinstitutionaliseringsprocessen”, med målet att kommunerna skulle erbjuda de sociala insatserna för denna grupp.

Avinstitutionaliseringen var både av en politisk och vårdideologisk orsak. Det politiska handlade om att personerna som placerades på institutioner gavs rättigheter,

självbestämmande och möjligheter att leva i samhället som alla andra. Den vårdideologiska orsaken var utvecklingen av medicin och vårdvetenskap samt kritiken mot mentalsjukhusens metoder. Det som även ändrades var synen på psykisk sjukdom och personer med psykisk funktionsnedsättning (Markström 2020).

## **1.2 Psykisk funktionsnedsättning och funktionshinder idag**

Socialstyrelsens termbank definierar funktionsnedsättning som nedsättning av antingen fysisk, psykisk eller intellektuell förmåga. Funktionshinder är den begränsning som uppstår i omgivningen till följd av en funktionsnedsättning. Personer med psykisk funktionsnedsättning definieras därmed som:

Personer som har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av en psykisk störning (Nationell psykiatrisamordning 2006).

De som har psykisk ohälsa kan ha tillfälliga besvär som oro och nedstämdhet medan de som lider av mer omfattande besvär har psykiska sjukdomar såsom ångest, depression, bipolär sjukdom och schizofreni (World Health Organisation 2024). Bipolär sjukdom är en psykisk funktionsnedsättning som kännetecknas av maniska och depressiva perioder (Lundin & Mellgren 2013). Maniska perioder innebär ett förhöjt stämningsläge med symptom som innefattar bland annat ökad självkänsla, minskat sömnbehov och ökad aktivitet. Depressiva perioder handlar om att personen känner sig deprimerad, nedstämd och är mindre aktiv. Mani och depression är varandras motsatser men det skiljer sig från person till person hur dessa upplevs. Det finns två olika typer av bipolär sjukdom, typ 1 och typ 2 (a.a.). Typ 1 innebär att personen har starkare maniska perioder som kan leda till psykoser och de depressiva perioderna kan även vara psykotiska och innehålla starkare tankar på döden. Typ 2 innefattar främst starkare depressiva perioder med inte lika starka maniska perioder. Bipolär sjukdom behandlas främst genom att ta mediciner men också kartläggning av sjukdom. Får individen rätt behandling kan detta underlätta vardagen medan vissa psykiska besvär kan ändå ge svåra begränsningar. Psykisk funktionsnedsättning innebär att leva med omfattande konsekvenser av psykisk ohälsa.

WHO beskriver hur psykisk hälsa är ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hen lever i. Psykisk hälsa är alltså inte detsamma som frånvaro av psykisk sjukdom utan det existerar inom ett komplext sammanhang som utgörs av olika individers upplevelser. Det har en varierande inverkan på individens olika livsområden eftersom de kliniska och sociala konsekvenserna kan också variera. Psykisk ohälsa påverkar välbefinnandet och därmed kan det påverka hur individen fungerar i sin vardag. För att definiera hälsa och livskvalitet hos personer med funktionsnedsättning krävs det att kunna ta i beaktning att funktionsnedsättningar kan skapa problem i den omgivande miljön. Problemet behöver därför åtgärdas både utifrån medicinsk karaktär men också i form av samhällsbaserade lösningar. Kroppens medicinska tillstånd kan behöva vård och behandling för att lindra en nedsättning medan hinder för delaktighet i en viss miljö innebär en social följd av nedsättningen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är ett sätt att samla och strukturera ett distanserat språk för att beskriva hälsa (Socialstyrelsen 2024). Klassifikationen erbjuder ett sätt att definiera olika komponenter som relaterar till god hälsa utifrån både kroppsliga, personliga och sociala perspektiv hos individer. Den ger förutsättningen att definiera hur alla delar inverkar på varandra.

### **1.3 Problemformulering**

Bipolär sjukdom är en psykisk funktionsnedsättning som ger svåra följder i den dagliga livsföringen på grund av de symptom som uppstår vid sjukdomen. De sociala följderna kan vara värre än själva sjukdomen i sig vilket kan påverka individens livskvalitet. Särskilt möter personer med psykisk funktionsnedsättning svårigheter i att delta i samhället som alla andra och de möter fördomar i vardagen som påverkar deras självbild och andras syn på dem som individer. Beroendet av andras hjälp även i vuxen ålder kan göra att de känner sig mindre självständiga och kanske mindre ”vuxna”. De är i mer behov av omsorg från andra vilket resulterar i förlust av autonomi. Arbete och meningsfulla aktiviteter kan även ses som en resurs för hälsa och livskvalitet eftersom sociala kontakter upprätthålls på arbetet. Trots samhällets ansträngningar av ökad kunskap och olika reformer för målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning, finns det fortfarande brister som påtalar sämre livskvalitet än befolkningen i övrigt.

Att leva med psykisk funktionsnedsättning idag innebär fortfarande att samhällets attityder gentemot målgruppen styrs av negativa attribut (Hansson 2020). Efter avinstitutionaliseringen var ambitionen att inkludera dessa personer i samhället, men för att en sådan process ska bli framgångsrik måste synen på psykisk sjukdom också ändras. De negativa attributen gentemot målgruppen handlar om att personer med psykisk funktionsnedsättning stigmatiseras och diskrimineras utifrån sin sjukdom. Det finns därför ett behov av en djupare förståelse kring hur livskvalitet upplevs av denna målgrupp och specifikt hos gruppen personer med bipolär sjukdom. Detta för att förstå vilka faktorer som påverkar deras livskvalitet samt hur livskvalitet beskrivs i relation till deras sjukdom. Denna studie kommer att beskriva forskning om livskvalitet hos målgruppen utifrån tidigare forskning genom att använda de teoretiska utgångspunkterna KASAM och stigma.

#### **1.4 Syfte**

Syftet med denna uppsats är att genom en litteraturstudie beskriva forskningsläget avseende personer med bipolär sjukdom livskvalitet.

#### **1.5 Frågeställningar**

- Hur upplevs livskvaliteten?
- Vilka faktorer påverkar livskvaliteten?

## **2. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER**

I denna studie kommer vi att använda två teoretiska perspektiv för att analysera hur personer med bipolär sjukdom upplever deras livskvalitet. Teorierna är ett salutogent perspektiv på hälsa med fokus på teorin om KASAM och stigma. Först kommer vi att beskriva grunden till det salutogena perspektivet och vad det innebär samt begreppet KASAM som är centralt för detta arbete. Sedan beskriver vi fenomenet stigma utifrån Erving Goffman teori som är pionjär inom området. Dessa två teorier kommer vi slutligen att förklara hur de kan användas för att beskriva tidigare forskning om livskvalitet

### **2.1 Definition på hälsa**

WHO är världshälsoorganisationen som definierat hälsa sedan länge och definitionen har ändrats flera gånger (Tengland 2005). Den nuvarande definitionen talar inte längre endast om att hälsa är att ”vara fri från sjukdom”. Hälsa inkluderar även psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande, gentemot tidigare innebär den nuvarande definitionen att fokuset fördelas om. Delvis ligger det fortsatt på att hitta orsaken till åkomsten för att kunna behandla det specifika felet rent biomedicinskt. Det ligger också på att hitta individens riskfaktorer för att kunna uppnå mer än en fungerande närvaro, det som genererar livskvalitet. Den senare modellen som framtagits är den biopsykosociala, där sambandet mellan process och samspel problematiseras. Detta eftersom att vara frisk inte är tillräckligt heltäckande för att kunna uppnå god hälsa (Åkerlind 2005). Det handlar alltså dessutom om individens sätt att tänka, tolka kroppssignaler och hur individens sociala relationer ser ut. Hälsan anses vara multifaktoriell då den även innefattar psykosociala och strukturella faktorer med betoning på sammanhang (a.a). Med så många olika faktorer blir det viktigt med en helhet. Den holistiska hälsomodellen bidrar på så sätt till en helhet. Den inkluderar individuell psykologi och socialpsykologi utöver det som ingår i den biomedicinska modellen. Människan är en varelse som känner saker och som vill tillhöra en grupp vilket gör att den påverkas även där. Fokuset är att oavsett hur, uppnå vitala mål, för om människan kan uppnå det, kan livskvalitet byggas upp (Tengland 2005).

### **2.1.1 Salutogent perspektiv på hälsa**

WHO:s definition bör inte betraktas som den enda definitionen för att kunna uppnå livskvalitet, snarare ett mål att sträva efter för att ha någon slags utgångspunkt för att inte tappa bort sig på vägen till ett bra liv (Tengland 2005). Detta även om det till exempel innebär att leva med en funktionsnedsättning. WHO:s tidigare definition kring den biomedicinska modellen hade fokus på det patogena synsättet. Det patogena synsättet har lagt fokus på att problem relaterat till hälsa såsom en funktionsnedsättning ska lindras genom t.ex. medicinering. Om en individ haft eller har en funktionsnedsättning har det varit det största fokuset legat på att dämpa symtom. Det salutogena synsättet har däremot sett till helheten och flera problem samtidigt.

Den tidigare versionen ICDH ersattes med ICF och antogs av WHO 2001 (Socialstyrelsen 2024). ICF underlättar framförandet av friskfaktorer genom att "Beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell." Ett tydligt exempel på hur det biomedicinska perspektivet eller hur det patogena synsättet inte behöver vara lika viktigt som helheten, är vid medicinering (Åkerlind 2005). Effekterna av en medicin kan vara falska när individen gärna vill att medicinen ska fungera och därmed försöker intala både sig själv och omgivningen att den gör det. Effekt är något som fokuset har legat för mycket på grund av det patogena synsättet, processen till det effektfulla resultatet har inte alls varit lika viktigt. Att fråga sig varför och hur genom t.ex. hur socialt stöd påverkar hälsan och skapar livskvalitet är minst lika viktigt. Vid fokus på effekt är det redan för sent att kunna förebygga ohälsa och en hälsa ses endast som en buffert istället för ett potentiellt verktyg för att avvärja ohälsa (a.a).

### **2.1.2 KASAM (Känsla Av Sammanhang)**

För att således definiera hälsa och livskvalitet finns det olika förhållningssätt som sagt. I detta arbete har fokus dock legat på det salutogena synsättet och därmed KASAM. Aaron Antonovsky var en internationell professor i medicinsk sociologi som myntade begreppet Sense of Coherence (Antonovsky 1987). På svenska har det omnämnts som Känsla Av Sammanhang (KASAM). Det är huruvida ens KASAM är stark eller svag som avgör hur individen tolkar och tar sig an olika stressorer den ställs inför (a.a). KASAM innehåller tre komponenter: meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Begriplighet innebär att individen har resurser till

att kunna förstå de stressorer som den utsätts för. Hanterbarhet handlar därmed om att kunna använda dessa resurser för att på så sätt bilda en framgångsrik hantering. När dessa två är på plats kommer också meningsfullheten fram eftersom rätt resurser för en person med funktionsnedsättning t.ex. kan innebära möjligheter till delaktighet.

Generella motståndsresurser (GMR) tillsammans med KASAM (känsla av sammanhang) kan bidra till ökad förståelse av det salutogena perspektivet på hälsa (Antonovsky 1987). GMR innebär att en människas erfarenheter anses främja utveckling och kan vara ett stöd för att fatta bra beslut i nya situationer. KASAM och GMR är kopplade då GMR är de faktorer som bidrar till en stark känsla av sammanhang, vilket gör att en individ kan hantera stress och motgångar. Medan KASAM är ett mått på en individs upplevelse av att livet är meningsfullt, begripligt och hanterbart, är GMR de konkreta och abstrakta resurser – som socialt stöd, kunskap och en stark jagkänsla – som möjliggör denna upplevelse och därmed stärker KASAM.

GMR främjar att nya situationer får ett bra utfall och att dessa erfarenheter bidrar till utveckling och en positiv inverkan från situationen. Desto fler de bra erfarenheterna är, desto mer blir tillvaron hanterbar trots att den ständigt innebär nya stressorer som nya situationer innebär. Stressen som uppstår för vissa beror på att individen inte har KASAM och stressorerna ses endast som ett brus. KASAM bidrar till en strukturerad tillvaro, tar fram tillgängliga resurser för att kunna möta kraven och bidrar också med motivation. Tillvaron blir tydligare trots mycket mycket stressorer som vill ha uppmärksamhet. Individen har möjlighet att sortera stressorerna som också bidrar till synen att allting inte är problematiskt och svårt. Det kan jämföras med det patogena synsättet där fokuset på symptom också gör tillvaron svårare än att individer kan se möjligheterna att överbrygga det som är svårt. Även i det salutogena synsättet är det så. Det krävs fortfarande ett agerande då en stressor är något som individen inte har några adaptiva responser på. Men KASAM skapar en balans mellan under- och överbelastning som bidrar till att vissa stressorer blir till meningsfulla utmaningar då tillvaron kan hanteras.

Individer med stark KASAM kan göra den så kallade primära bedömningen enklare. Primär bedömning innebär kontroll kring vilka resurser som finns, vilket de

oftast gör vid stark KASAM. Det bedöms också hur relevant stressoren anses vara relaterat till om det är ett problem, är det ett obetydligt problem eller som lätt kan lösas. Med andra ord, hur personen som utsätts för stimuli bemöter det. Banduras beskriver en persons med stark KASAM förmåga som en "självupplevd förmåga" för att kunna gå in i saker. Att stressen inte skapar ett spänningstillstånd, utan oavsett om det är en positiv eller negativ händelse som är stressande, kan det med hjälp av KASAM lägga fokuset på rätt ställe. Istället för att fokuset läggs på de känslomässiga parametrarna så behövs det på det instrumentella. Då läggs också förslag på olika copingstrategier fram.

Att ha en stark KASAM innebär ofta att först kognitivt, sedan känslomässigt, ordna olika stressorer tillsammans med viljan att möta dem (Antonovsky 1987). Även om en individ har rätt förutsättningar betyder inte det att det är lätt. Men med hjälp av fokuset på att en individ faktiskt klarar av något kommer även en viljan. När individen ser lösningar framför sig omvandlas det till en meningsfull utmaning. Därav framför KASAM processen och inte i effekten då det är verktygen för processen som krävs för att något ska bli meningsfullt. Att det ska klassas som en utmaning och inte ett problem. För den personen som mest sannolikt kommer att agera av de som har en stark eller svag KASAM. Det är således dem som känner att det inte blir för övermäktigt, trots att det kan lika gärna vara något negativt som hänt. Antonovsky beskriver KASAM i en metafor som hur människor som trillar ned i en flod agerar. Det som är intressant är inte varför de trillar ned, det kan t.ex. bero på en funktionsnedsättning som inte kan tas bort men som lätt blir fokuset inom det patogena synsättet. Fokuset inom det salutogena synsättet ligger istället på hur vissa klarar sig bättre i strömmen än andra, det vill säga processen till en bra tillvaro (a.a).

## **2.2 Stigma**

Begreppet "stigma" har sitt ursprung från det antika Grekland där folk antingen skars eller brännmärktes för att markera ifall den enskilde var slav, förbrytare eller förrädare (Goffman 2020). Dessa personer skulle genom sitt skadade yttre uppmärksammas för allmänheten att de var orena personer och därför skulle de undvikas till varje pris. Detta kom sedan längre fram under kristendomen att betyda två olika saker. Delvis kunde kroppsliga tecken visa på helig nåd eftersom att Jesus fick blödande sår i händerna vid korsfästningen och han var en helig frontfigur för

kristendomen. Delvis var de fysiska symptomen ett bevis för andra medicinska sjukdomar. Från början var det alltså en markering för såsom det antika Grekland använde begreppet stigma och än idag finns denna koppling till begreppet.

Idag handlar det inte så mycket om det kroppsliga kännetecknet eller själva märkningen såsom i det antika Grekland, utan mer om de strukturella förhållandena som leder till denna kategorisering av olika människor. Denna form av ”kategorisering” har därför funnits sedan en lång tid tillbaka men det har skett en del ändringar i vilka som stigmatiseras i samhället. Exempelvis finns det vissa kulturella förändringar i ett samhälle om vem som kommer att sticka ut eller inte. Samhället påverkar på så sätt hur vi människor kategoriserar och sedan interagerar med olika människor. Miljön avgör alltså vilka och vilken typ av interaktion som kommer ske. Erving Goffman var pionjär tillsammans med Scheff för att förklara stigma redan under 1960 talet (Hansson 2020). De utgick från en socialpsykologisk förankring till begreppet och det kallades då stämplingsteorin. Stämplingsteorin kan förklara följderna av stigmatiseringen och idag har det modifierats av Link och Phelan (2001) som utvecklat en modell för stigmatisering som en process.

Stigmatiseringsprocessen följs av fyra olika steg (Hansson 2020). Första steget är etikettering som handlar om att människor skiljs åt i vårt medvetande och får således en särskild etikett eller stämpel som markerar denna skillnad. Det är en naturlig och ofrånkomlig psykologisk handling som gör att vi människor kan skapa struktur i vårt medvetande. Det är en viktig egenskap för människan för att kunna överleva (a.a). Goffman beskriver även detta, att det som känns naturligt eller vanligare i vår vardag utgår vi ifrån, tills att vi stöter på annat som är mer ”ovanligt” (Goffman 2020). När vi umgås med likasinnade eller det som vi anser är ”normalt” behöver vi inte reflektera och har därför enklare att interagera med andra. Detta menar Goffman hör ihop med att det finns olika delar av identiteten hos enskilda individer. Han menar att det finns en social identitet, personlig identitet och en jagidentitet. Den sociala identiteten handlar om sådant som social status, kompetens och utbildning eller arbete. Alltså sådant som definerar individen utifrån hur andra i omgivningen kategoriserar och ser på den enskilde. Personlig identitet är det som utmärker en individ och hur man skiljer sig från andra. Jagidentitet är individen självuppfattning, men som förvärvas av andra i olika sociala sammanhang. Goffman menar då för att förklara varför vissa tilldelas vissa

antaganden handlar det om den sociala identiteten. När det dyker upp någon främling tilldelas denne då vissa egenskaper som handlar om det direkta yttre antagandet som den sociala identiteten visar. Detta skapar sedan vissa antaganden om personen i fråga vilket i sin tur bidrar till vissa normativa förväntningar och krav (a.a).

Det andra steget i stigmatiseringsprocessen handlar om att de som tilldelas dessa etiketter blir även stereotyper (Hansson 2020). Stereotyper är något som sker i vårt medvetande när vi skapar kognitiva scheman för att strukturera vår omvärld. Det är således något som sker automatiskt och ibland kan det vara positivt för att människor ska kunna fatta snabba beslut. Stereotypisering kan dock innebära att människor fattar för snabba beslut om någon annan och detta leder då till fördomar. Goffman menar att dessa fördomar är då dessa krav eller förväntningar vi har på andra människor i ett samhälle (Goffman 2020). Dessa krav är således omedvetna men de upptäcks först då vi förstår om de kommer att stämma eller inte. Detta är alltså en tillfällig social identitet, medan den identitet som individen faktiskt tillhör är den verkliga sociala identiteten. Fördomar leder till att människor kategoriserar människor utefter vissa egenskaper och därav bildar uppfattningar av särskilda egenskaper (Hansson 2020). Personer med psykisk funktionsnedsättning kan exempelvis bli stereotypiserade efter vissa antaganden. De är inte längre en individ med en unik personlighet utan tillskrivs antagandet som finns kring psykisk sjukdom, såsom att vara farlig eller oberäknelig (a.a).

Goffman menar att stigma hör ihop med egenskaper och stereotypiseringar men det finns vissa särskilda egenskaper som anses vara misskrediterande (Goffman 2020). Misskrediterad anses vara en person vars stigma är synligt, såsom att ha ett fysiskt handikapp exempelvis. Personen blir stigmatiserad vid första anblick och tillfogas andra egenskaper som inte stämmer överens med verkligheten. Misskreditabel är ett osynligt stigma som inte syns vid första anblicken eller ett ännu inte upptäckt stigma. Goffman menar att de som bär på ett stigma är misskrediterande men att det behövs en särskild social situation för att det ska bli verkligt. För att det kan också vara så att en individ tillskrivs både önskvärda och icke önskvärda egenskaper och försöker dölja dem beroende på olika situationer. Exempelvis kan en medelklassens pojke anse att det vore pinsamt eller skamligt ifall någon såg honom gå till ett bibliotek. Detta exempel följer kanske inte de normativa kraven

som finns idag kring medelklass, men vad Goffman menar är att även de som har en högre social status i ett samhälle har vissa förväntningar på sig.

Enligt Goffman finns det tre olika typer av stigman. Den första handlar om kroppsliga missbildningar, den andra handlar om fläckar på den personliga karaktären och den tredje är gruppstigman som ras, nation eller religion (a.a.). Den andra typen kan förklaras genom att se till hur personen beskrivs som person och vad denne har för bakgrund exempelvis en person som är ohederlig och suttit i fängelse. Alla dessa typer av stigman ger en egenskap hos individen som drar till sig "negativ" uppmärksamhet och de blir därför en avvikande karaktär i samhället som utesluts från en sorts gemenskap. Alla andra egenskaper som finns hos denna individ blir mindre "viktiga" i sammanhanget. Att bära ett stigma är att bli tilldelad, utan verkliga fakta, särskilt missgynnande egenskaper.

Det tredje steget i stämplingsprocessen handlar om att det finns en separation i vi och dem (Hansson 2020). Detta innebär att de som kategoriseras som "dem" antas avvika och de som är "vi" antas vara normala. De som avviker och anses vara annorlunda stämplas som underlägsna de normala. Goffman poängterar hur en främling i vår omgivning kan genom sin avvikelse tilldelas en särskild identitet (Goffman 2020). Detta på grund av en mindre önskvärd egenskap som denne har enligt de normer och förväntningar som finns i samhället. Från att vara eller anses vara en vanlig människa tillhör individen en annan kategori som är "misskrediterande" i vårt medvetande. Detta kan vara exempelvis en person med en psykisk funktionsnedsättning eftersom funktionsnedsättningen är dold för allmänheten tills de upptäcker den.

Det fjärde steget handlar om uteslutning och diskriminering av personer som avviker eller anses vara stämplade som annorlunda (Hansson 2020). De utesluts strukturellt genom att ha förlorat sin status i samhället vilket kan innebära förlust av ekonomisk, social eller kulturell status. Enligt Goffman är personer som avviker på ett negativt sätt enligt normen stigmatiserade, och saknar därför ett socialt erkännande i samhället. Detta på grund av att han/hon inte kan svara upp mot det identitets ideal som råder (Goffman 2020). Därav har den tillfälliga sociala identiteten en stor betydelse för hur människor blir placerade i särskilda "fack" i samhället enligt Goffman. De som inte följer idealet diskrimineras och stigmatiseras.

Diskriminering och uteslutning på det strukturella planet är svår att direkt ta på eftersom den kan vara osynlig (Hansson 2020). Det förekommer dock genom att det finns en vilja hos de flesta människor att hjälpa utsatta grupper. Men det är inte särskilt bekvämt att ta tag i det själv eller bli utsatt för att sådana grupper ska flytta in i det område som man själv bor i. Det var exempelvis många som ville ta ner institutionerna men fick blandade känslor kring att de grupperna skulle bosätta sig bland alla andra (a.a). Goffman var även inne på detta tankesätt och beskriver att andra i omgivningen känner att de måste rätta till eller hjälpas åt för att ta bort det som är ”fel” (Goffman 2020). De personer utan ett stigma kan inta ett falskt empatiskt förhållningssätt gentemot de som avviker. Det grundar sig på att de vill hjälpa de som är mindre lyckosamma i samhället med olika sorters insatser. Istället för att vara till hjälp eller se den enskilde som bär ett stigma som en jämlik person tillfogas de egenskaper som icke kapabla människor, eller inte fullt mänskliga. Det är nödvändigtvis inte så att de som bär på ett stigma upplever sin samvaro som endast en tragedi, utan de kan uppleva att det finns annat som är mycket värre.

### **2.2.1 Självstigma**

Självstigmatisering förekommer precis som omgivningens stigmatisering, men i detta fall stigmatiserar den enskilde sig själv (Hansson 2020). Detta sker genom att den enskilde diskriminerar sig själv utifrån de fördomar som finns i samhället. Goffman påpekar även detta att det kan upplevas som att det medför ett självstigma där personen nedvärderar sig själv på grund av sin olikhet eller sin ”defekt” (Goffman 2020). Det är således förvirring och ibland förtvivlan att gå mot en ny form av social identitet vilket skapar ambivalens hos många. Denna ambivalens kan te sig annorlunda från person till person. Det kan även vara så att personer försöker att dölja att sin olikhet slipper ut för allmänheten genom diverse metoder. Goffman ger ett exempel på dessa metoder som exempelvis plastikoperationer eller skönhetsingrepp. Syftet är att rätta till deras ”defekt” och därför ge dem en social identitet som normal. Goffman menar dock att detta inte är möjligt utan det blir snarare ett bevis på att personen blir känd för att ha försökt rätta till sin defekt. Sådana metoder kan ha mindre smärtsamma följder och påverkar inte alltid den enskilde under hela livet, medan andra defekter som inte går att justera påverkar mer. Personer med psykisk sjukdom är särskilt utsatta för självstigma och det

ställer till det för dem, personligen, men också socialt (Hansson 2020). De kan medvetet undvika att socialisera sig eftersom det finns en överhängande rädsla över att bli utsatt för diskriminering på arbetsplatsen eller bland vänner och bekanta (a.a.). Detta påverkar då även alla sociala sammanhang och i sin tur livskvalitén. Rädslan över att bli diskriminerad tar över vad som i själva verket kanske inte alls stämmer överens med vad verkligheten kan innebära.

Goffman påpekar att vid tillfällen då människor träffas fysiskt, eller vid samtal präglade situationer, förväntas oftast att människor utbyter en social kontakt (Goffman 2020). Mötet mellan stigmatiserade och ”normala” personer är dock präglade av särskilda omständigheter. De vet inte hur de ska förhålla sig till varandra eller hur de ska bemöta andra och därför undviker de hellre sådana situationer. Personer som är stigmatiserade drabbas hårdare av dessa omständigheter eftersom de isolerar sig för att inte dra till sig negativ uppmärksamhet. Precis som personer med psykisk sjukdom väljer bort att socialisera sig från andra som inte anses vara stigmatiserade. Isolering från den sociala samvaron med andra människor leder ofta till ohälsa och inte minst osäkerhet eftersom det blir svårare att ta kontakt med andra människor. Det blir lättare att se ner på sig själv i sin ensamhet och därför blir den enskilde otrygg med andra, eftersom tankarna eller sanningarna inte ventileras eller bemöts från annat håll. När stigmatiserade personer och normala faktiskt möter varandra måste de förhålla sig efter stigmans orsaker och verkningar. Exempelvis när stigmatiserade personer möter en normal, vet han eller hon inte hur mötet kommer bli. Det kan vara osäkert kring vilken attityd som den normala kommer att visa gentemot honom.

Att slå sig ifrån eller inte vilja kopplas till en särskild ”kategori” kan te sig olika och även innebära förnekelse (Goffman 2020). Den som exempelvis nyligen fått en hörapparat vill inte kopplas till en kategori tillhörighet som hörselskadad. Därav kan personen försöka förneka sin hörselskada eller inte vilja bära ett synligt sådant hjälpmedel för att inte definieras utifrån sin funktionsnedsättning. I ett senare skede kan det dock kännas tryggt att ingå i en gemenskap och med sina egna som delar en gemensam förståelse. Eftersom de delar en gemensam upplevelse av att bära ett stigma kan de vara öppna i varandras sällskap. Att dela erfarenheterna med andra likasinnade kan kännas stärkande eftersom de kan känna igen sig och

förstår vilket även ger en förståelse för dem själva. En del kan även känna att tillhörigheten är så stor att det är enklast att välja en make eller maka med samma defekt eller besvär. Det kan även ge en form av ny erfarenhet av att de som bär ett stigma har andra egenskaper som inte definierar dem endast utifrån deras ”defekt”, utan de kan även ha andra egenskaper såsom att vara ful, snygg, oärlig, rolig eller elak.

### *2.2.2 De upplysta och den moraliska karriären*

Det finns således en överhängande uppfattning och fördomar om psykisk sjukdom vilket grundar sig på okunskap (Hansson 2020). Idag finns det mer kunskap om psykisk sjukdom och större förklaringsmodeller men attityder gentemot gruppen kvarstår (a.a). Det är särskilt negativa fördomar som kvarstår kring psykiskt sjuka att de skulle vara farliga vilket leder till att flera undviker social kontakt. De som dock har närstående eller vardaglig kontakt med gruppen har en annan uppfattning (a.a). Goffman poängterade att ”de normala” och ”de som avviker” kan förhålla sig på olika sätt till varandra beroende på hur den sociala miljön ser ut (Goffman 2020). De som har en släkting eller kunskap om ett särskilt stigma kan bli ”upplyst” och förstå att det finns andra egenskaper hos den som bär ett stigma. Den som är upplyst kan förstå och sympatisera med den stigmatiserade eftersom den möter den stigmatiserade frekvent och bildar sig en annan uppfattning om deras identitet.

Den stigmatiserade kan däremot bli misstänksam när denne möter en ”normal” eftersom mötet kan innebära att denne blir dömd (Goffman 2020). Personer som har psykisk funktionsnedsättning kan exempelvis välja att undvika konflikter eftersom det kan göra att de framställs som farliga för samhället ifall de väcker obehag. Konflikten kan vara liten eller ett rop på hjälp, men eftersom personen bär ett stigma utesluts det verkliga problemet och fokuset flyttas till den negativa egenskapen hos personen. Genom att umgås med andra som också har ett stigma ger en insikt om att det endast handlar om fördomar eller stereotypisering vid den första anblicken. Det finns de som blir mer empatiska för sina egna och vill hjälpa dem eftersom de vet vilka medel som behövs för att göra detta. Empatin växer för andra om de själva har erfarenheter av att bära ett stigma. De som bär på ett stigma har som sagt inte nödvändigtvis dragit nitlotten i livet utan de ser även att normala kan även vara utsatta för olycka. De ”normala” kan ha sina

egna defekter eller olyckor såsom att inte känna någon lycka i sitt liv eller vara fullkomligt omedveten om hur det är att vara det.

Goffman menade att stigmatiserade individer kan själva uppfatta att deras egen identitet är felaktig om samhällets sociala regler ”kommer åt dem ” (Goffman 2020). Det är således en fråga om hur och när. Detta kallar Goffman den moraliska karriären som personer med ett stigma genomgår. Detta är indelat i olika faser och som sedan skapar olika mönster. Den stigmatiserade möter i första fasen samhällets normer och attityder och ska då lära sig om vilka krav som finns på den sociala identiteten. Detta innebär då att det finns vissa krav som motsvarar vad som är rätt respektive fel i ett samhälle. Goffman beskriver även att dessa fördomar eller stereotyper kommer med vissa förväntningar (a.a) Att bära på ett stigma innebär att uppmanas till att spela sin roll för att bli accepterad av de normala eller allmänheten. Detta innebär att de som bär på ett stigma måste agera på ett sådant sätt som inte väcker misstro eller förargelse. Stigmatiserade personer som agerar på ett sätt som väcker förargelse blir oftast behandlade som mentalt instabila även om de endast har en fysisk funktionsnedsättning. När de gör saker som andra ”normala ” kan, bemöts de av förundran eftersom de inte anses vara kapabla till något alls. Eller blir de tvärtom behandlade som onaturliga varelser som därför har superkrafter eller särskilda egendomliga egenskaper. Genom media och film förekommer många personer med funktionsnedsättning i filmer som hjältar eller skurkar exempelvis.

Den senare fasen handlar om att förstå sin sociala identitet och hur den enskilde som bär ett särskilt stigma förstår att det kommer att påverka den enskilde. Det kan således innebära olika förutsättningar beroende på hur och när den enskilde får reda på sitt stigma (Goffman 2020). Goffman ger exempel på hur det kan gå till för ett barn med ett handikapp som först blir ”utsatt ” för sitt stigma när barnet kommer till skolan. Detta eftersom föräldrar eller andra i dess närhet inte gjort någon notis om det tidigare under barnets uppväxt. Barnet blir då införstådd med att det finns olikheter mellan barnet och de andra på skolan och blir behandlad illa. Barnet kan även bli skickad till en annan skola för att ”vara med sina egna ” ifall barnet har en funktionsnedsättning som är omfattande. De vuxna tror det är bäst för barnet att då umgås med sina egna och slipper utsättas för andra barn som inte delar samma erfarenheter. Ett annat mönster under den moraliska

karriären kan uppstå även i vuxen ålder då exempelvis en person får en fysisk funktionsnedsättning vid en olycka. Innan olyckan eller innan upptäckten kan personen veta hur den ojämlika relationen mellan de stigmatiserade och normala ser ut. Först då upptäcker personen hur det är att leva med ett stigma och det kan kännas som att få en "ny" identitet eller inte känna igen sig själv.

### **2.3 Stigma och KASAM som teoretiskt ramverk**

Hälsa eller livskvalitet beskrivs som inte endast frånvaro av sjukdom, utan det finns andra faktorer som bidrar till att upprätthålla hälsa eller uppleva livskvalitet (Tengland 2005). De två olika teorierna stigma och KASAM har vi valt att använda eftersom de kunde komplettera varandra och bidra med förståelse på fenomenet livskvalitet. Som diskuterats tidigare är livskvalitet en högst individuell känsla och handlar mer idag om att trivas med sin tillvaro lika mycket som att känna sig frisk. Personer med bipolär sjukdom kan uppleva god hälsa och livskvalitet trots att de har en psykisk funktionsnedsättning. När man lever med en funktionsnedsättning som bipolär sjukdom finns det andra sätt att se på hälsans betydelse i sin kontext.

KASAM är ett av dessa verktyg som gör det mer förståeligt att prata om hur individen upprätthåller sin hälsa och hanterar livet genom att vara nöjd med sin tillvaro. KASAM tillhör den mer holistiska eller salutogena synen på hälsa och den fokuserar mer på hur människor håller sig friska snarare än vad som orsakar ohälsa. Det är således både inneboende och utom boende resurser som gör att individer kan hantera sjukdomar eller andra motgångar. Det krävs att individen kan hantera en sjukdom genom exempelvis att få rätt info, få rätt hjälp och resurser på utsidan, det vill säga att andra människor kan stötta och hjälpa till. Samtidigt behöver den enskilde känna en meningsfullhet i tillvaron genom att känna sig behövd av andra och ingå i meningsfulla sammanhang. Detta för att finna motivation i att hantera de motgångar som individen möter i sin vardag.

Stigma å sin sida är ett fenomen som kommer ursprungligen från samhällets sätt att kategorisera olika grupper. Vad som anses vara normalt och önskvärt respektive det som anses onormalt och icke önskvärt. Detta påverkar hur individer ser på sig själv och sin identitet. Identiteten kan i sin tur bli tilldelad vissa negativa anta-

ganden vilket i sin tur kan påverka livskvaliteten till det sämre. Stigma gör att individer med bipolär sjukdom kan uppleva sämre livskvalitet eftersom det finns en övergripande negativ syn på psykiska funktionsnedsättningar. Vi kan därför inte direkt ta på fenomenet stigma eftersom det är en djupt rotad föreställning i en stor kontext eller kultur. Det är däremot när vi kompletterar stigma och KASAM som vi i detta arbete kan få en förståelse om hur de skulle kunna vara varandras motsatser eller komplettera varandra. De två teorierna ger en inblick och kunskap om målgruppens sätt att beskriva livskvalitet utifrån olika nivåer. Stigma kan göra att människor med bipolär sjukdom känner sig utanför samhället och därför ingår de inte i meningsfulla sammanhang med andra. Det kan också bli en chock att få en ny identitet som ges vid diagnostisering av sjukdom vilket skapar en ambivalens och osäkerhet. Den yttre påverkan av samhällets krav och regler som stigma innebär, gör att människor med bipolär sjukdom inte känner sig delaktiga i samhället som alla andra. Detta är således ett strukturellt problem och påverkar individen även individuellt eftersom livskvaliteten kan bli hotad. De som däremot har kunnat utveckla KASAM och kan hantera de motgångar som de möter, kommer att må bra trots dessa stora påfrestningar.

### **3. METOD**

I detta avsnitt beskrivs metoden som använts i arbetet. Designen för arbetet är en litteraturstudie med en tematisk analys. Tillvägagångssättet är likt vid tillvägagångssättet som en scoping study. Scoping-study är ett sätt att samla in övergripande data av ett särskilt ämne genom att bland annat kartlägga och sammanfatta en redan existerande forskning (Arksey & O'Malley 2005). Detta för att identifiera eventuella kunskapsluckor som kan bli intressant för vidare forskning. När forskaren systematiskt dokumenterar hur hen gått tillväga blir det inte bara lättare för forskaren att arbeta, utan det blir mer tillgängligt för andra forskare att ta efter. Forskningen blir därav transparent och mer kvalitativt utförd. Litteraturstudier eller scoping studier är således ett sätt att sammanställa forskning och se mönster snarare än att fokusera på dess metoder. Syftet är huvudsakligen att hitta relevant litteratur som besvarar studiens frågeställningar (a.a).

Den litteratur som använts vid detta arbete är i form av olika forskningsartiklar som vi funnit i olika databaser och denna process beskrivs härnäst i avsnittet om databassökning. De artiklar som vi ansett mest lämpliga och intressanta för detta arbete beskrivs i avsnittet om exklusionskriterier och inklusionskriterier. Sedan beskriver vi hur vi gjort vårt urval och varför i avsnittet om dataextraktion och urval. Analys av det material vi samlat in kommer att beskrivas i analys av data och slutligen vilka etiska övervägande vi gjort i sista delen under rubriken etiska överväganden.

#### **3.1 Databassökning**

Vi gjorde sökningarna i tre databaser och då med tre olika inriktningar för att ytterligare bredda resultaten. Den första databasen PsycInfo är inriktad på forskning kring psykologi, den andra, Sociological abstracts, handlar om sociologi och beteendevetenskap. Cinahl var den tredje databasen som innehåller artiklar kring områden som har med omvårdnad och hälsa att göra.

Eftersom det var den sociala aspekten som var intressant att undersöka i denna uppsats valde vi att söka med hjälp av mer allmänna ord kopplat till ett socialt perspektiv. Databassökning började i PsycInfo med sökorden *Bipolar disorder* OR

*bipolar diagnosis AND adult OR adults OR adulthood AND living experience OR lived experience AND qualitative study OR interview.* Sökningen gav en träff på 16 artiklar varav två valdes ut. Vi sökte även med *Bipolar disorder AND adult\* AND subjective experience OR experiences AND qualitative study OR qualitative research OR qualitative methods OR interview.* Även dessa i Psycinfo och som gav 604 träffar varav 4 lästes i helhet och valdes ut. Ytterligare en sökning i Psycinfo med sökord *bipolar OR bipolar diagnosis AND adult AND life of quality OR well being* gav 984 träffar och sex stycken valdes ut.

Nästa sökning i PsycInfo den 24/3 2025 bestod av sökorden *Bipolar disorder OR bipolar diagnosis AND adult AND quality of life* vilket gav 775 träffar som mynnade ut i en vald artikel. Nästa sökning i PsycInfo var 2/4 2025 och hade sökorden *bipolar disorder AND functioning AND quality of life och som slutade i två valda artiklar.* Av totalt 616 träffar valdes en ut. Ytterligare sökord som användes vid datumet var *bipolar disorder OR bipolar diagnosis AND identity OR self image AND interviews* med en begränsning på årtal från 1990-2025. Sökningen gav 85 träffar varav två valdes ut. En annan sökning i PsycInfo med sökord *bipolar disorder OR bipolar diagnosis AND adult AND strategies OR coping AND interview* gav 320 träffar där två valdes ut.

Den näst sista sökningen användes sökorden *bipolar disorder AND the impact of bipolar disorder AND identity or self*, vilket gav en träff på 145 artiklar varav en valdes ut. Sista sökningen i PsycInfo användes *diagnosis of bipolar disorder AND adult or adults AND self perception* vilket gav 4 träffar och en valdes ut här.

För att bredda resultaten och även stärka den forskning vi hittat i Psycinfo sökte vi även i databasen Sociological Abstracts. Med sökorden *bipolar diagnosis OR bipolar disease OR bipolar disorder AND social\** kom det fram 544 träffar men endast två valdes. Vi sökte även med *Bipolar disorder OR disability AND self management or quality of life* och dessa sökord genererade 2 119 resultat träffar där en artikel valdes ut. Vi provade även att söka i CINAHL med sökorden *bipolar disorder or bipolar diagnosis AND living with AND adults or adult.* Där fick vi totalt 231 träffar varav två artiklar valdes ut. Totalt samlades 25 stycken artiklar ut och granskades men 15 stycken artiklar valdes ut i slutskedet. De artiklar som

sorterades bort var relevanta, men det gjordes en bedömning att vi fick en tillräckligt stor mättnad med 15 stycken. De innehöll även snarlika resultat och innehåll med de resterande som vi sorterade bort, vilket visade att vi hade fått med alla viktiga delar. Sedan sorterades artiklarna utifrån författare, årtal, syfte, metod, och viktiga resultat (se bilaga 2 för detaljer) Detta för att underlätta för egen del vilka som innehöll vad.

### **3.2 Exklusionskriterier och inklusionskriterier**

De forskningsartiklar som inte ansågs lämpliga för denna studie var artiklar som inte fokuserade på bipolär sjukdom eller handlade om barns perspektiv. Artiklar som fokuserade huvudsakligen på medicinska symptom eller medicinskt innehåll exkluderades eftersom det inte följde syftet. Icke vetenskapligt granskad forskning exkluderades även för att eftersträva trovärdig forskning.

Inklusionskriterier för denna studie var att artiklarna skulle innehålla vuxnas eller unga vuxnas perspektiv av bipolär sjukdom. Både bipolär typ 1 och 2 inkluderades. Artiklarna skulle innehålla hur bipolär sjukdom påverkar människors liv och därmed även deras livskvalitet. Preliminärt skulle de innehålla något som kan relateras till livskvalitet som till exempel viktiga livsområden som identitet och hantering av sjukdom. Önskemål fanns om att finna artiklar som var kvalitativa studier med intervjuer som metod, eftersom subjektiva upplevelser var eftertraktade, men kvantitativa inkluderades även i sökningen. Artiklar som var referegranskade inkluderades.

### **3.3 Dataextraktion och urval**

I början provade vi först att göra prov sökningar, detta med syfte att identifiera relevanta sökord. När vi sen identifierat några sökord började vi att söka mer strategiskt. Vi gjorde sedan en tabell för att strukturera sökningarna och underlätta arbetet. Se bilaga 1 för översikten av databassökning. I tabellen finns datum för sökningen, databasens namn, sökord, begränsningar, lästa titlar, lästa abstract och lästa artiklar i fulltext samt hur många som valdes ut.

För att göra en litteraturstudie krävs det mycket läsning och organisering av en mängd olika artiklar (Arksey & O'Malley 2005). Detta innebär bland annat att

kunna sortera ut vilka artiklar som inte är relevanta på ett effektivt sätt för att spara både tid och resurser. Det är även för att kunna försäkra att forskaren gjort ett gediget arbete som resulterat i att materialet varit tillräckligt informativt för forskarens intresse.

För att välja artiklar behövde vi ibland läsa både titel, abstrakt och artikeln i fulltext. Detta för att sortera ut vilka som inte passade vår studie, och för att titel och abstrakt inte alltid täcker helheten (Arksey & O'Malley 2005). Det kan annars vara så att en artikel som anses vara intressant i både titel och abstrakt inte är relevant i fulltext. Därför valde vi att läsa vissa i fulltext innan vi bestämde oss helt. De artiklar som inte verkade relevanta sorterades bort utifrån första anblicken på deras titel och sedan deras abstract. Detta för att effektivisera arbetet eftersom det kunde generera mer än 500 träffar i vissa sökinsatser, och det fanns inte tid att läsa allt. När vi kände att vi kunde hämta någon artikel från en sökning, provade vi andra sökord i en ny sökinsats. Under sökprocessen hämtade vi således vissa nyckelord från de artiklar vi ansåg matcha vår studie. Detta gjorde att sökningen kunde bli mer effektiv och identifiera relevant forskning.

### **3.3.1 *Analys av data***

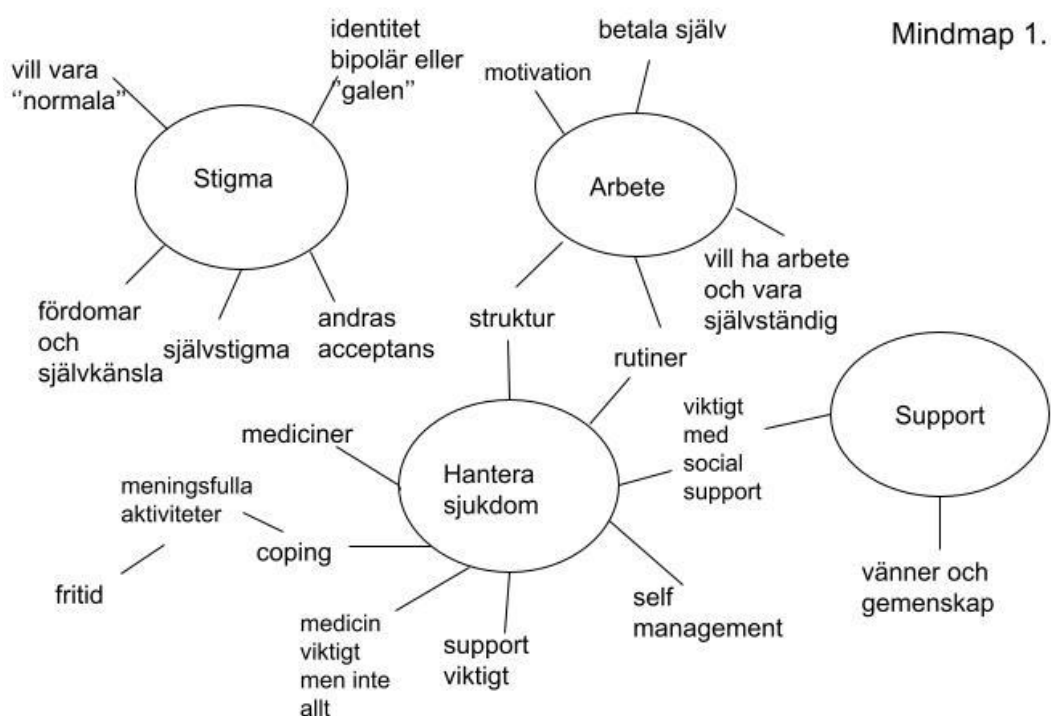
Vi har valt att använda oss av en tematisk analys på datamaterialet som genomförts enligt sex olika steg utifrån Braun och Clarkes riktlinjer (Braun & Clarke 2008). Tematisk analys handlar om att identifiera mönster i data för att sedan skapa teman som representerar innehållet. Att finna teman i data utgörs inte av hur ofta eller frekvent ett tema omnämns utan beror på vad forskaren är ute efter i relation till forskningsfrågan (a.a.). Dessa teman eller mönster i datamaterialet kan analyseras på olika sätt. Det finns induktiv tematisk analys som innebär att forskaren inte styrs av teorier utan utgår från datamaterialet och skapar sedan teman som växer fram (a.a.). Sedan finns deduktiv tematisk analys som innebär att analysen drivs av en redan existerande teoretisk utgångspunkt. Vi använde oss av en induktiv tematisk analys eftersom syftet med studien var att undersöka tidigare forskning kring bipolär sjukdom och livskvalitet. För att sedan applicera teorier som kunde analysera resultatet.

Det första steget i en tematisk analys handlar om att läsa igenom materialet (Braun & Clarke 2008). Vi läste tillsammans igenom alla artiklar som samlats in minst en

gång och granskade deras innehåll. Detta för att sammanställa innehållet och göra viktiga utgångspunkter utifrån artiklarna synliga för oss. Detta leder in på steg två i processen som innebär att generera initiala koder utifrån datamaterialet. Utifrån datamaterialet gjorde vi koder utifrån varje artikel i ett separat dokument som skulle representera viktiga resultat. Se bilaga 1.

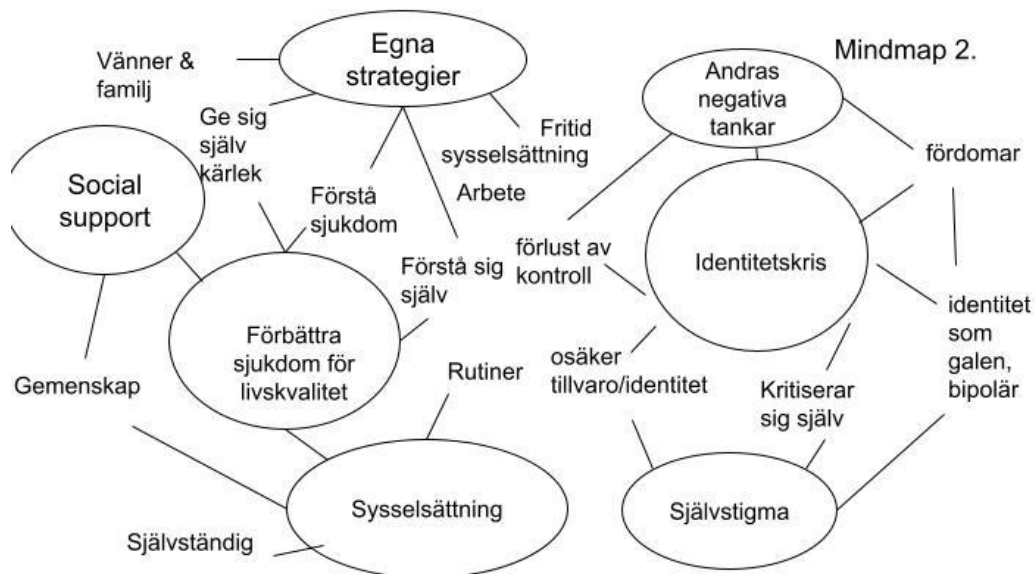
Initiala koder är korta och beskrivande delar ur ett segment från datamaterialet, men betydligt mindre än teman som är mer övergripande (a.a.). Under tiden som koderna korrigerades sammanställdes potentiella teman utifrån koderna. Detta gjorde vi på en whiteboardtavla för att tydliggöra vilka koder som kunde skapa potentiella teman. Se mindmap 1.

**Figur 1: Mindmap 1**



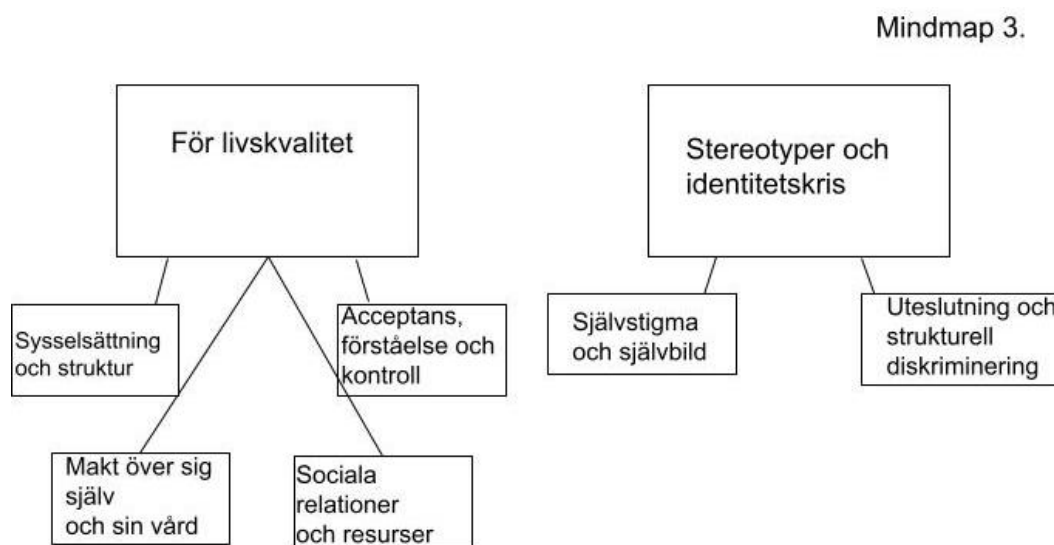
Detta är tredje steget som handlar om att analysera koderna och se hur de kan kombineras med andra för att skapa potentiella teman (a.a.). De potentiella teman som uppstod kom sedan att förfinas i det fjärde steget. Koderna bildade en del sammanhängande teman medan andra fick ta plats under övrigt innehåll så som det potentiella temat "Arbete". I det femte steget granskades dessa potentiella teman som skapats utifrån koderna. I detta steg kopplade vi våra teorier till de olika koderna och bildade potentiella huvudteman och underteman. Se mindmap 2.

**Figur 2: Mindmap 2**



Det sista och sjätte steget utgjorde en analys av huvudteman och underteman. Detta för att se hur koder med underteman till huvudteman fortfarande är relevanta för denna studie. I detta steg valde vi att benämna de två huvudtemana *För livskvalitet* och *Stereotyper och identitetskris* och tillade sedan underteman: *Sysselsättning och struktur*, *Makt över sig själv och sin vård*, *Sociala relationer och resurser*, *Acceptans, förståelse och kontroll*, *Själlvstigma och självbild* och *Uteslutning och strukturell diskriminering*. Se mindmap 3.

**Figur 3: Mindmap 3**



### 3.4 Etiska överväganden

Inom all forskning krävs det forskningsetiska överväganden för att säkerställa god forskningssed (Vetenskapsrådet 2024). God forskningssed innebär att forskare har om kännedom och använder sig av de principer som krävs för att utföra både laglig och professionell forskning. Det krävs att forskaren ständigt reflekterar kring den forskning som forskaren vill dela med sig av, ifall den är etiskt korrekt genomförd eller har ett etiskt korrekt innehåll. Forskare måste ta hänsyn till forskningspersoner, andra intressenter och om forskarens relation till sin egen forskning (a.a.). För att göra detta krävs att forskningen är tillförlitlig, vilket säkerställer att den genomförs med god kvalitet och kan därmed utveckla ny kunskap. Detta syns i designen för forskningen såsom i metoden och analysen. Forskningen ska vara ärlig och transparent, alltså vara objektiv och rättvis genomförd. Den ska även vara respektfull gentemot omgivningen och dem som påverkas av forskningen. Forskaren har ett ansvar att skydda och stärka tilliten till forskningen och konsekvenserna av den.

Eftersom denna studie grundar sig på tidigare forskning har den etiska prövningen genomförts av de forskare som skrivit artiklarna. De har tagit kontakt med intervjupersoner och genomfört juridisk och etisk prövning. Vi har övervägt etiska principer i vår studie även om vi inte haft intervjupersoner. Det är viktigt att reflektera kring ifall vår studie kan innebära skada för andra eller innehålla tveksam kvalitet. Vi har valt vetenskapligt granskade artiklar för att säkerställa att vår studie håller god kvalitet. Vi har utgått från studier som endast följt forskningsetiska aspekter. De artiklar som vi utgått ifrån i denna studie har i sina avsnitt som handlar om etiska överväganden visat att de känt till vilka risker som kan uppstå. De har därför varit aktsamma kring deras metoder och hur de ska förhålla sig till känsligt innehåll.

Vi har citerat källor och material korrekt för att följa reglerna kring upphovsrätt och även för att inte ändra innebörden av deras forskning. Eftersom denna studie grundar sig på psykisk funktionsnedsättning och särskilt målgruppen bipolär sjukdom räknas det som känsligt innehåll och bör därför särskilt beaktas varsamt. Detta har vi gjort genom att välja forskning som är av god kvalitet och inte nedvärderar målgruppen, samt följer etiska principer och regler. Vi är medvetna om

att undvika formuleringar som kan tolkas marginalisera eller nedvärdera målgruppen. Studiens innehåll har inkluderat begreppet stigma vilket kan vara negativt laddat och vi är medvetna om att det kan tolkas fel ifall vi inte förklarar innebörden korrekt. Således används begreppet i arbetet utifrån en vetenskaplig grund och med noggrannhet därför ser vi inget problem med att använda det.

## 4. RESULTAT OCH ANALYS

I detta avsnitt kommer resultatet av vår analys att presenteras. Ena huvudtemat som uppstod under vår analys av forskningsresultaten var huvudtemat *För livskvalitet* med underteman, *Makt över sig själv och sin vård*, *Sysselsättning och struktur*, *sociala relationer och resurser* samt *Acceptans, förståelse och kontroll*. Andra huvudtemat var *Stereotyper och identitetskris* med underteman, *Självstigma och självbild* och *Uteslutning och strukturell diskriminering*.

### 4.1. För livskvalitet

För livskvalitet är det första huvudtemat som beskrivs i vårt resultat. I det insamlade materialet fanns många kopplingar mellan livskvalitet och bipolär sjukdom. Deltagarnas möjligheter till att skapa en stabil tillvaro påverkades mycket av sjukdomen och dess symptom (Hormazabal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Dahlqvist Jönsson m.fl. 2008; Warwick m.fl. 2019; Crowe m.fl. 2012; Veseth m.fl. 2012; Michalak m.fl. 2006; Personerna med bipolär sjukdom bekräftar att det ofta fanns stora svårigheter att hantera sjukdomen i vardagen och att de kände sig hindrade på olika sätt (Siegel-Ramsay m.fl. 2023; Morton m.fl. 2018).

KASAM:s innebörd bidrar till en bra livskvalitet för alla människor, men som inte är självklart för deltagarna i de utvalda artiklarna. De framtagna undertemana baserades på vad deltagarna framförde, både kring deras känslor och vad de saknade. Gemensamt för de fyra undertemana var deras koppling till livskvalitet.

#### 4.1.1 Makt över sig själv och sin vård

Livskvalitet handlar om att må väl och få önskningar uppfyllda och är beroende av en enhetlig hälsa som inkluderar både en kroppslig och psykisk sådan. Trots kroppslig hälsa kan livet ses som dåligt, ett bra jobb är lika önskvärt som hälsa vilket framhäver skillnaden mellan livskvalitet och hälsorelaterat välbefinnande. Livskvalitet kan en ha trots sjukdom medan hälsa är kopplat till att vara frisk (Tengland, 2005). Upplevelsen från deltagarna kring sjukvårdspersonalens agerande baseras inte på detta utan det sjukvården är ute efter är medicinens effekt (Hormazabal-Salgado R, & Poblete-Troncoso M., 2020) Personer med bipolär

sjukdom lider utav gemensamma symptom, annars hade de inte fått samma diagnos. Medicinen som hanterar symtomen blir som en generell resurs, men som ska kombineras med olika personers liv och behöver därför anpassas. Behandlingen kan inte endast handla om att dra nytta av medicinska effekter (Veseth m.fl. 2012). Många deltagare önskade att sjukvårdspersonalen var mer mottaglig för att det fanns individuella skillnader trots att de gick på likadan medicin. När medicinen fungerar uppenbaras problemet huruvida deltagarna som lever med sjukdomen ser på medicinen som en hjälp och inte lösning. Syftet med medicin för deltagarna var att kunna ha en vardag som inte präglas av mängder med symptom på deras sjukdom (Hormazabal-Salgado R, & Problete-Troncoso M. 2020; Vallarino m.fl. 2019).

...”Others focused on their lack of self-control, which lead to feelings of helplessness because they cannot control their own behaviour during the acute experiences of illness, and feeling ashamed after being reminded by others of what happened during these experiences” (Hormazabal-Salgado m.fl. 2020).

Citatet ovan illustrerar maktlöshet när en inte själv kan kontrollera symptomen. Deltagarna ville att strategier utvecklades och individualiserades parallellt med medicinering (Siegel-Ramsay m.fl. 2023). Inte att medicin skulle ses som en lösningen på symptom till följd av sjukdomen men som många upplevde ifrån sjukvårdens sida. Kontakten kunde därför vara svår med sjukvårdspersonal eftersom personalen där ansåg sig ha mer bestämmanderätt då de behandlades där. Effekterna av medicinerna upplevdes därför viktigast. Deltagarna uppgav att samtidigt som de var beroende av personalen för medicinen kände de också lättnad när återfall med hjälp av medicin förhindrades (Hormabazal-Salgado & Poblete-Troncoso 2020).

“I took medication regularly and the quality of my sleep improved quickly, but lithium cannot do anything with the sense of shame, embarrassment and frustration” (Vallarino m.fl. 2019).

Sjukvårdens riktlinjer som inte alltid stämmer med individens känslor gjorde deltagarna mer ambivalenta kring hur de skulle agera gentemot sjukvården. Det som de kände behövdes från sjukvårdens sida fanns inte att tillgå såsom olika former

av samtalsstöd och deltagande i grupper för att hitta andra i samma situation. Diagnosen gav upphov till oro och självständighet (Vallarino m.fl. 2019).

Detta kan förklaras med koppling till livskvalitet kring vikten av ett salutogent perspektiv. Hälsa inkluderar både kroppslig och mental hälsa och som bildat biopsykosociala modellen då det finns ett behov av helhet. Modellen tar upp processen hos individen med tankar och individens sätt att tolka kroppssignaler. Det gör att sammanhanget som individen befinner sig och ska försöka finna sig i med dess komplexitet kring psykosociala och strukturella faktorer betonas. Bipolär sjukdom är en kronisk sådan, behandlingen är livslång och behövde därför pågå där individen befinner sig (Åkerlind, 2005).

Allas vardag ser inte likadan ut och bidrar till att behandlingen av bipolär sjukdom är komplex. Dels för att resonandet kring huruvida en person ska ta ställning till medicin kan vara ojämlikt när läkare vill sätta in medicin och anses ha större bestämmanderätt. Vissa hade t.ex blivit avrådade att sluta med medicinen. Samtidigt som det enda de ville var att få må bra och fungera, var det också svårt kring deras ambitioner om att vara självständiga. Ur artikeln framgår det också att medicineringen upplevdes som påtvingad för att undvika återfall (Hormazabal-Salgado R, & Problete-Troncoso M. ).

...“In the mental health center where I went for my routine visits, I asked my psychiatrist if I could have some psychological support, but I felt like I was asking for a pot of gold. I would like to know if there were some treatments that could help me to recover in addition to medication” ... (Vallarino m.fl. 2019).

Ambivalensen mellan att ha någon som ska bestämma över en angående medicinen eller att få hjälp kan väcka känslor. Dels kring status och att själv inte få ha kontrollen, men också när sjukdomens olika sätt att inverka på den drabbades liv blir svår att hantera (Crowe m.fl. 2012).

För att förstå hur deltagarnas uttryck ovan kan det salutogena perspektivet med biopsykosociala modellen förklara hur sociala och personliga resurser samt den fysiska förmågan inte tas tillvara på. Individens möjlighet till att utveckla livskvalitet blir begränsad när resurser läggs på medicin i syfte att skapa effekt där själva

processen inte betyder något. Det patogena synsättet tar kommandot och hindrar GMR att främja utveckling av KASAM (Antonovsky, 1987). Sammanfattningsvis behövs konkreta åtgärder såsom medicin för att olika delar av livet, bl.a. arbetslivet, ska kunna fungera. Relationen mellan sjukvård och den drabbade behöver vara positiv. Det blir den när sjukvården tar hänsyn till att varje patient är en individ, trots samma medicinbehov behöver behandlingen anpassas. Trots att flera patienter har samma sjukdom behövs olika saker för att få just den individens liv att fungera. Medicinering behöver kombineras med andra metoder för att skapa en helhet och skaffa verktyg.

#### **4.1.2 Sysselsättning och struktur**

Baserat på teorierna som främjar livskvalitet handlar såväl det första undertemat som det kommande undertemat om att kunna skapa en känsla av sammanhang (KASAM). *Sysselsättning och struktur* härrör till att hitta de verktyg som behövs för att skapa förutsättningar till att kunna bygga upp en stark KASAM. Detta i förhållande till behandlingen för bipolär sjukdom. Undertemat handlar om hur sysselsättning medför struktur som kan främja det salutogena perspektivet och därmed livskvalitet. Strukturen medför en självkontroll som är viktig för att inte helt behöva lämna över sig i sjukvårdens händer. Medicinen kunde främja det mest väsentliga för att individen sen skulle kunna utveckla empowerment. Tills att rutiner kring exempelvis sysselsättning har implementerats och bildat en egen främjande friskfaktor kan medicin fungera (Crowe m.fl. 2012; Morton m.fl. 2017). Relaterat till föregående undertema om egenmakt kan ett arbete ge en känsla av att bidra samt att känna social inkludering. Sysselsättning blir då som en avvärande effekt mot de symptom som bipolär sjukdom kommer med. Många deltagare framhävde sysselsättning som ett bättre alternativ till medicinering eftersom de själva lättare kunde påverka situationen (Vallarino m.fl. 2019). Det bidrar inte bara till att förstärka medicinens effekt utan också för att ta hand om oundvikliga konsekvenser såsom stigmatisering och problem kring identitet. (Hormazabal-Salgado & Poblete-Troncoso 2020).

Rutiner nämndes flera gånger som en förutsättning för att kunna acceptera sjukdomen eftersom rutinerna bidrog till mer självständighet. Det gällde inte endast i arbetslivet utan även i andra delar av livet såsom vid studier. Det var också fritt att välja vad en ville jobba med vilket gjorde det mycket lättare att behålla jobbet.

Sysselsättningen räddade deltagarna många gånger från svårigheter att hålla rutiner när de tvingades gå dit varje dag (Michalak m.fl. 2006).

Having a routine, you know? I think that one reason I went into teaching is because, you know, it starts at 7:30 and it ends about 3:30, 4:30 every day and that works really well for me". (Michalak m.fl. 2006).

Sysselsättning blir det som formar och strukturerar. Deltagarna kände att det fanns något att bygga nya rutiner på och få en mer begriplig och hanterbar vardag. Att ha den sorts förutsägbarhet som en sysselsättning bidrar till begriplig och hanterbar tillvaro när dagarna inte bara är ett brus utan har struktur (Antonovsky, 1987). Att vara osäker kring sig själv på grund av bipolär sjukdom påverkade de flesta i det dagliga livet, sjukdomen blev en konstant påminnelse om att de inte hade samma förmågor som andra. Sysselsättningen blev därför en tydlig markering kring att kunna visa sin självständighet. Det möjliggjorde självständighet, både rent ekonomiskt men också socialt och praktiskt (Jupille m.fl. 2023).

"...And that um... my partner is necessary for me to function. Not because I want him in my life, but because he is needed in my life..." (Morton, m.fl., 2005).

Citatet ovan indikerar på att det inte endast är ur ett ekonomiskt perspektiv som en sysselsättning är viktig. Ett exempel som en deltagare uttryckte, att en levde i en parrelation fastän de inte ville men som de var tvungna p.g.a. ekonomin (Morton m.fl. 2017). Precis som begriplighet nämndes genom struktur så kan hanterbarhet beskrivas med resurser till individens förfogande för att möta de krav en ställs inför. Självständighet blir ett resultat av ens egna resurser. Vissa uttryckte osäkerhet kring framtiden till följd av sjukdomen eftersom de visste att sämre perioder skulle återkomma men inte när. Det gjorde det svårt med att lita på sig själv eftersom autonomi inte alltid fanns där (Crowe m.fl. 2012). Därför krävdes det hela tiden en lugn tillvaro för att inte trigga nya symptom och det var jobbigt när en var i en relation då många kände att de behövde förklara sig (Morton m.fl. 2017).

..."Work was like a safe haven. Seven people currently employed full-time or part-time described work as a protective factor with benefits not only in terms of financial gain and financial independence, but also in terms of social inclusion, well-being and mood stability."... (Vallarino m.fl. 2019).

Meningsfullheten som kom med ett jobb minskade sjukdomens inverkan på deltagarna. Det gjorde att de kände status, välbefinnande och framförallt självständighet (Warwick m.fl. 2018; Morton m.fl. 2017). Ibland när arbetslöshet slog till sågs det som en effekt av sjukdomen. En person beskrev det som att orsaken till arbetslösheten delvis berodde på sjukdomen men att arbetslösheten också triggade nya skov. Det fanns ingen riktig ordning utan symptomen på bipolär sjukdom och negativa händelser såsom arbetslöshet gick om vartannat (Van den Huevel m.fl. 2015). Deltagarna hade olika erfarenheter av att leva med diagnosen. Men något de flesta antydde var att bipolär sjukdom inte ska få definiera vem en är utan identiteten ska formas utav en själv. Det viktiga är att en hittar hur en ska reflektera över sin situation för att på så sätt skapa bra förutsättningar för sig själv trots svåra perioder. För deltagarna i artikeln var det viktigt med att identifiera triggers och det i dagliga livet (Suto m.fl. 2009).

Sammanfattningsvis bidrog en sysselsättning till en meningsfull tillvaro eftersom det också kom med andra effekter såsom livskvalitet, självständighet, självkontroll/självförtroende, empowerment. Det en själv kan bygga upp om en får förutsättningarna och som skapar en balans mellan belastning och mening där spänningen släpper (Antonovsky, 1987).

#### **4.1.3 Sociala relationer och resurser**

Nästa undertema är *Sociala relationer och Resurser*. Baserat på föregående undertema kring vikten av sysselsättning togs undertemat fram eftersom sociala kontakter är en sak som bidrar till upprätthållandet av känsla av sammanhang (KASAM). Vidare behandlar undertemat komplexiteten kring att hitta sig själv i en vardag samtidigt som en lever med bipolär sjukdom. För deltagarna medförde sjukdomen "förvirring, motsägelse, självtvivel" som gjorde det svårt att etablera en självkänsla överlag. För ett tydligt exempel kan föregående undertema om sysselsättning belysas där det uttrycktes bl.a. svårigheter att förhålla sig till kollegor.

Samtidigt som jobbet i sig var positivt då det medförde struktur så var den sociala biten bland kollegor svår när deltagarna inte kände sig inkluderade. Deltagarna hade emellanåt negativa reaktioner då vissa trodde att de var galna, hemlösa osv. vilket gjorde att de inte alltid berättade om sjukdomen (Michalak m.fl. 2011)

Stigmat kring sjukdomen gjorde ibland svårt att ha en sysselsättning och även veta vad en ville eller kunde ha för sysselsättning. Några deltagare nämnde t.ex svårigheter med att utbilda sig då det skulle vara svårt att hålla takten med tanke på sämre perioder i sjukdomen. Det gjorde framtiden mer oviss eftersom karriärmöjligheterna enligt deltagarna själva blev begränsade. Att t.ex vara stigmatiserad hindrade många att ha sociala relationer som en resurs att tillgå (Inder m.fl. 2008; Crowe m.fl. 2012; Michalak m.fl. 2011; Warwick m.fl. 2018). Deltagarna i artiklarna förklarade att när de berättade för omgivningen att de hade bipolär sjukdom blev många obekväma och reaktionerna förknippades ofta med bristande förståelse. Många var också negativt inställda gentemot medicin på grund av stigmatisering och biverkningar, vissa hade inte kunnat på grund av biverkningar. Eftersom jobbet ibland var den enda sociala kontakten var det väldigt viktigt för deltagarna att kunna gå till jobbet. Utöver att arbetet i sig var en främjande friskfaktor som beskrivits i tidigare underteman innebar det också social inkludering, välbefinnande och stabilitet för humöret. Det påverkade självkänsla och möjligheter till det bättre (Vallarino m.fl. 2019; Inder m.fl. 2008).

...”Because people judge you by it (BD) when you`ve got... they see it as who you are, whereas you see it as a... as not who I am, it`s just something that, um, comes over me sometimes... I don`t know”... (Inder m.fl. 2008).

Citaten påvisar att artiklarna beskrev sina symtom i relation till omgivningen. Många hade jobbet som enda sociala kontaktnät vilket gjorde det väldigt viktigt att involvera behandlingen i vardagen för att inkludera omgivningen. Deltagarna berättade om stigmatisering som både kunde relateras till direkta konsekvenser av sjukdomen, men också när de försökte förebygga genom att medicinera och gå på läkarbesök då sjukdomen blev uppenbarad (Inder m.fl. 2008).

Problemet som uppenbart är relaterat till när individen vill åstadkomma självständighet. Med en normal vardag som ofta tack vare olika insatser kan se någorlunda ”normal” ut är det oftast möjligt då en helhet spelar stor roll (Tengland 2005). Problemet uppkommer när individen lever med faktumet att en har bipolär sjukdom och sjukdomen uppenbarar sig i vissa perioder. Det i form av symptom såsom mani eller depression trots att en gjort allting som en brukar. Det kan göra att en blir väldigt begränsad. För att kunna ta avstånd från sjukdomen och skilja sig själv från diagnosen krävs förståelse och stöttning från omgivningen. När sjukdomen gör sig påmind skapar det problem. Problem som baseras på att bipolär sjukdom är en kronisk funktionsnedsättning. En behöver lära sig att hantera sjukdomen i en vardag som enligt omgivningen förväntas flyta på. När den inte alltid kan det gör förståelsen av sjukdomen det enklare för omgivningen. Genom att interagera och ha sociala relationer kan ett socialt stöd utvecklas. Ett stödsystem som bidrar till upprätthållandet av välbefinnande (Nicholas m.fl. 2016).

...“Doing 'normal person' things like catching up with friends”... (Nicholas m.fl. 2016).

...”My boss wrote me a long email saying she was there for me anyway time I needed and we could think of any work adjustments to help me. I was very positively impressed!”...(Vallarino m.fl. 2019).

Citaten ovan synliggör ett socialt perspektiv en normalitet i form av “Normala saker”. Deltagarna beskrev svårigheter med att kunna förhålla sig till att förväntas leva i en normal vardag trots en kronisk sjukdom. Deltagarna kände sig ibland förvirrade kring sig själva och deras identitet. Även de själva var ibland mycket hårda mot sig själva och som kunde kopplas till att känna sig missförstådd till följd av omgivningen okunskap. Det var svårt att få omgivningen att förstå allvaret i sjukdomen och att bara för att individen fungerar ena dagen betyder inte det att allting alltid fungerar. Många deltagare upplevde oförståelse när de var hemma från jobbet p.g.a. bipolär sjukdom. Omgivningen kan både förvärra symptomen men också förbättra de (Crowe m.fl. 2012). Omgivningen kan vara ett stort stöd till självständighet eftersom förståelse kan hjälpa den drabbade att acceptera sin sjukdom (Warvick m.fl. 2019).

Sociala relationer väger tungt för individens möjligheter till hanteringen av sjukdomen eftersom de är involverade i vardagen. En kan vara medveten om vad en har för svårigheter men under en akut situation kan det vara svårt att själv kontrollera sjukdomen (Veseth m.fl. 2012).

Sociala relationer kan dels utgöra en resurs för mindre sårbarhet hos individen. Samtidigt blir också individen mindre beroende av sjukvården. Sjukdomen kräver dels hantering av symptom men också förståelsen för vad individen går igenom. Komplexiteten kretsar kring att vilja vara självständig och slippa skuld känslor samtidigt som det krävs att en också får gehör från omgivningen (Van den huvel m.fl. 2015). Med sociala relationer skapas förståelse och gör att individen ser att omgivningen accepterar en även om individen har ett avvikande beteende. Stödet från anhöriga behöver inte betyda att de var tvungna att förstå precis utan mer bara ha förståelsen för hur själva individen påverkas av att leva med sjukdomen. Exempelvis att se symptom i tid (Warwick m.fl. 2019).

...”Often I've said things that I wish I hadn't said. That was the thing – forgiving myself for things I did during my episode and accepting that. So if I feel that way again, practicing that restraint and that, you know, I think you can monitor yourself a little better...” (Suto m.fl. 2009).

...”But what really allowed me to move on from my episode was a lot of reflection and insight about myself... Insights and reflection I think were hugely important. And to maintain, because it's like, you know, if you're feeling high or something like that, you can say, 'Okay, maybe I should hold back a little bit.' accept that. So if I feel that way again, to practice that restraint and that, you know, I think you can monitor yourself a little bit better...” (Suto m.fl. 2009).

En diagnos kan betyda att få sin hälsa tillbaka då den bidrar med kunskap, rättigheter osv. Men själva diagnosen kan vara svår att ta in (Suto m.fl. 2009). Omgivningens stöd är något som sjukvården inte kan kompensera för och gör att individen trots sin sjukdom kan känna sig som en självständig individ i mängden. Då kan också det som banduras nämner som ”upplevd självförmåga” uppstå trots att vardagen behöver fungera annorlunda (Antonovsky, 1987).

Förutsättningarna som krävs för detta innebär ett erkännande av ett hjälpbehov, innan KASAM och därmed ens självständighet kan börja byggas upp. Omgivningen behöver få en chans att bemöta det och skaffa sig kunskap. Många beskrev om deras kontrollbehov och om huruvida omgivningens reaktion skulle bli. Effekten som blev av andras reaktioner och som de inte kunde påverka orsakade känslor såsom överväldigande och oförmåga (Suto m.fl. 2009).

Oavsett orsaken till att vilja utbilda sin omgivning var det ett bra sätt för de själva att kunna hantera det stimuli som sjukdomens olika konsekvenser förde med sig. främjar möjligheten att vara delaktig i vardagliga sammanhang. Utan KASAM blir all stimuli som ett brus, samtidigt som den drabbade ser alla andra göra vardagliga saker utan problem.

Samtidigt krävs det en diagnos eftersom förståelsen för individen och ibland dennes beteende grundar sig på diagnosens innebörd. Då kan de instrumentella parametrarna som såsom kunskap om en sjukdom gå in istället för det känslomässiga och individen kan göra det den behöver (Antonovsky, 1987).

Vid diagnostisering upplevde många en identitetskris. Enligt artikeln blev de individer som kände sig annorlunda också det. Många beskrev problem relaterade till hur de ibland tänkte annorlunda och att de hade andra behov än omgivningen. Därför baserades ofta identiteten på hur deltagarna påverkades och upplevde sin sjukdom och även utifrån omgivningens uppfattning (Inder m.fl. 2008).

#### **4.1.4 Acceptans, förståelse och kontroll.**

Det sista undertemat *Acceptans, förståelse och kontroll* fram då de föregående undertemana lägger grunden till att kunna acceptera sjukdomen. I det insamlade materialet togs sambandet mellan att kunna processa diagnosen emotionellt och kunna hantera den upp flera gånger (Dahlqvist m.fl. 2008; Nicholas m.fl. 2016). Med rätta förutsättningar får inte individen endast ett bra liv utan även ett meningsfullt sådant. Såsom någon beskrev en hoppfull framtid inkluderade både insikt om ens begränsade förmåga men också om deras sätt att hantera det (Dahlqvist m.fl. 2008). Meningsfullhet menas med att en kan delta i processen och genom det skapa motivation (Antonovsky, 1987). Artiklarna tog upp svårigheter relaterat till diagnosen såsom att acceptansen av sjukdomen var en process.

Diagnosen bidrog också till mycket rädsla, skam och begränsningar (Dahlqvist m.fl. 2008; Vallarino m.fl. 2019; Jupille m.fl. 2023; Michalak m.fl. 2011).

...”I wasn't sure whether... reactions I was having to people, things that I was feeling were genuine feelings or part of the illness or it was me, so I left me having this real sense of kind of loss of identity I think, after having it so ... and I think that was the hardest thing to cope with it all, how it made me think about myself and question myself...” (Warwick m.fl. 2019).

Att leva med sjukdomen bidrog till osäkerhet kring sig själv (Dahlqvist 2008). Att erkänna vilka ens problem var tog emot eftersom erkännandet också innebar att individen behövde ta ansvar (Warwick m.fl. 2019; Michalak m.fl. 2006). Detta kan förklaras av teorin om KASAM då det som är viktigt för att skapa meningsfullhet är att ett verktyg till att upprätthålla en stabil tillvaro. Ett sådant exempel är sociala relationer som togs upp i förra undertemat. När tillvaron är stabil kan meningsfullhet som är den sista komponenten inom KASAM utvecklas. Meningsfullhet är inte bara ett resultat utan också ett sätt att hitta motivation när det blir svårt (Antonovsky, 1987). Genom att tillåta sig själv att reflektera för stöd, kan komma till insikt och därmed även till acceptans. För att en vet att det kan ske utan be- kostnad på en stöttande omgivning fast individen kanske inte är den personen om- givningen trodde (Suto m.fl. 2009).

Att sociala relationer var viktigt som förutsättningar till att kunna acceptera dia- gnosen framgick tydligt i flera artiklar (a.a.) Samtidigt var det svårt för drabbade att förhålla sig till sjukdomen. Någon nämnde att stigmans existens baserades på att sjukdomen inte hade någon “fysisk markör” såsom exempelvis cancer (Valla- rino m.fl. 2019). Utmaningar med sjukdomen påpekades utefter att det var svårt att förstå vad som var normalt eller inte (Nicholas m.fl. 2016). Att kunna leva så vanligt som möjligt var fleras önskan, vilket kunde vara svårt när en inte visste hur den skulle öppna sig. För att inte vara ensam måste en berätta samtidigt som det finns en risk att en blir kvar om öppnandet sker inför en person som när det är allvar inte bryr sig (Warwick m.fl. 2019). Till följd av upplevelsen kring bemötan- det p.g.a.mycket fördomar blev det delvis svårt att öppna sig av den anledningen

då sociala resurser uteblev. Även fördomarna i sig påverkade deras bild av sig själva (Dahlqvist m.fl. 2008).

...”I really really hate when people say I am bipolar, like that's .. that's like no cos you are not, you are so much more than that, like just stop saying that, you know, and people get really frustrated with .. you know word police but I am like there's a reason why, you know people do not go round saying I am cancer ... they just do not so...”(Warwick m.fl. 2019).

När det inte finns något att luta sig emot i hanteringen av sjukdomen såsom bra relationer beskrevs en stark känsla av att inte ha kontroll för hur andra såg på en. När rätt förutsättningar inte fanns för varken omgivningen eller deltagarna själva orsakade det känslor hos vissa att de “blev personen med bipolär”. Att det kändes som fördomarna bekräftades innan de hade fått en chans att med lite stöttning försöka skapa en meningsfull tillvaro (Hormazabal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Inder m.fl. 2008).

Acceptansen grundade sig med andra ord delvis på att de fick omgivningens förtroende och med det resurser till att inte bli stämplade.

Men det kunde också bli för mycket på andra hållet när det kom till anhöriga och deras oro. En deltagare uttryckte en känsla av att relationer blev negativt laddade för att de endast baserades på att en behövde stöd. Att deras identitet endast förknippas med ett stort hjälpbehov och att det var svårt att frigöra sig från omgivningen (Vallarino m.fl. 2019). Det var tydligt att diagnosen ibland hade en negativ inverkan på deras liv och självkänsla och att sociala relationer sågs som ett negativt beroende. Många kände att deras sjukdom blev deras identitet och att sociala relationer endast baserades på att få hjälp av omgivningen. De kände sig ofta övervakade som spädde på stigmat kring sjukdomen. Det fanns därför ofta en motvilja till livet eftersom sjukdomen innebar vissa obekväma sanningar (Michalak m.fl. 2006).

...”*Self-identity was affected by how the illness affected self-perception...*”  
(Dahlqvist Jönsson m.fl. 2008).

Det som gör att resurser i form av sociala relationer främjar acceptansen för sjukdomen är att relationer är en del av vardagen. När resurser för att hantera bipolär sjukdom kombineras med vardagen bildas en helhet (Åkerlind 2005). Relationer som fyller viktiga syften för just den personen. Det kan minska känslan av stämpling då resurserna inte blir i form av t.ex medicin som uppenbarar sjukdomen (Warwick m.fl. 2019).

Det medan sjukvården kommer med allmänna riktlinjer om vad "som brukar fungera". För att få till en fungerande behandling som främjar en självständighet och välbefinnande behövs en kombination av fakta och konkreta verktyg såsom medicin och individanpassade strategier (Åkerlind 2005). Beslut kring exempelvis medicin som krävs behöver ta hänsyn till strategier i förhållande till individens känsla om responsen på självkontroll. Detta för att hitta motivationen för att individen ska kunna tillgodogöra de implementerade strategierna. Känsla av respons beskrevs ofta som ett svar på empowerment och att individen tagit aktiva beslut. Samtidigt kan medicin alltid ses som en sak en kan pröva för att på så sätt komma ifrån coping-strategier snabbt eller om en mår väldigt dåligt och behöver snabb hjälp (Antonovsky, 1987).

Egentligen handlar det kanske inte om huruvida strategierna individen själv tagit fram eller inte utan snarare att det är individen som själv försökt. Sjukvårdens betydelse kommer in för att på något sätt starta genom att informera vad bipolär sjukdom är och erbjuda medicin. Acceptansen gentemot sjukdomen däremot kommer när individen tillsammans med kunskapen kan forma behandlingen som i sin tur skapar meningsfullhet (Warwick m.fl. 2019) .

Sjukvården kommer ofta med mycket kunskap men de lever inte med sjukdomen. Att inte bara ha sjukvården som referens när det gäller hur en med bipolär sjukdom ska leva utan också egna strategier är viktigt för att kunna utveckla egenmakt och möta hinder. Strategier i förhållande till individens vardag och som fungerar för den individen byggs på bra förutsättningar. Detta för att hitta motivation och möjliggöra meningsfullhet för att individen ska kunna tillgodogöra sig de implementerade strategierna. Känsla av respons beskrevs ofta som ett svar på empowerment och att individen tagit aktiva beslut. Inte bara att medicin sätts in och att det

ska gå enligt någon generell plan bara för att det är enklare för vårdpersonalen (Morton m.fl. 2017).

För att underlätta och enklare kunna uttrycka sin behov rent fysiskt var både meditation och att screena efter symtom bra metoder. När det väl kom sämre perioder i sjukdomen användes strategier såsom kontakt med stödnätverk och meningsfulla aktiviteter väl ((Morton m.fl. 2017). Ett annat exempel utan medicin är terapi där deltagarna i studien kunde tillåta sig själv att bearbeta upplevelser och svårigheter för att sen kunna gå vidare och hantera sin sjukdom. Flera självinsikter skapade möjlighet att blicka framåt för att ta reda på vad som var viktigt i just deras liv samt att känslor är okej, bara en lär sig hantera dem. Genom kontroll, själveffektivitet, rätt tankesätt genom terapi och reflektion över både rädslor och hur långt de tagit sig kunde de flesta återhämta sig. Vikten lades på vidgning av perspektiv och att allting inte är svart/vitt (Suto m.fl. 2009).

“...Fulfilling a function in society is the same as having a meaningful and enjoyable existence...” (Dahlqvist Jönsson m.fl., 2008).

...”For example a participant noted that the knowledge that BD management involves more than medication led them to engage in SM strategies: I know now mostly my moods are up to me once I'm on the right medication, the rest of it is up to me, so I can take responsibility for my moods.... In my particular case I think medication is about 75% of it, because once I started on the right medication I was just a different person, so then the last 25% is all the other things I can do, like eat right and make sure I get enough sleep and stuff like that...” (Morton m.fl. 2017).

Citaten ovan belyser olika sätt att se på meningsfullhet när individen har rätt förutsättningar. Varför de hela tiden övervägde att gå till jobbet var att ha en meningsfull tillvaro. En tog sin medicin trots att sjukdomen gjorde sig extra påmind vissa perioder för den visste att det inte gick alls annars. Målsättningen var hela tiden att kunna klara sig själv och ett arbete bl.a. möjliggjorde processen till självständighet (Dahlqvist Jönsson m.fl., 2008; Morton m.fl. 2017).

Det handlar om att leta efter det positiva i varje individs liv för att uppnå en acceptans gentemot sjukdomen. Begripligheten ökade hos deltagarna när de deltog i olika behandlingsgrupper och onlinehjälp och bidrog till att de kunde utvecklas. T.ex ökade chansen att de började jobba trots att det också fanns en rädsla kring diskriminering och rädsla för andras åsikter. Arbetet i sig bidrog till positiva aspekter såsom att kunna ha en målsättning eftersom det bidrog med meningsfullhet som en drivkraft (Dahlqvist Jönsson m.fl. 2008). Annars var arbetslöshet en bidragande faktor till att depressiva perioder utlöstes och konsekvenserna av bipolär sjukdom blev mycket större (Siegel-Ramsay m.fl. 2023). Artiklarna beskriver att arbetet bidrog till meningsfullhet som inkluderar välbefinnande och status (Michalak m.fl. 2006; Jupille m.fl. 2023; Van den Heuvel m.fl. 2015; Siegel Ramsay J E m.fl. 2023; Moton m.fl. 2017; Michalak m.fl. 2011).

Målsättningen om att känna meningsfullhet kan beskrivas utifrån exemplet om den klassiska hemmafrun. Såsom Antonovsky beskriver medelklasskvinnan så kan en ordnad tillvaro finnas. Men om meningsfullheten inte finns där får individen aldrig användning för de resurserna som finns och får heller aldrig en meningsfull tillvaro eftersom ens förmågor försummas. Då är ens möjligheter att delta inte värda speciellt mycket (Antonovsky, 1987).

Sammanfattningsvis visar undersökningen att sjukvårdssystemet ibland har alltför mycket fokus på medicin. Det medan "SM-strategies" mer är tillmötesgående för vad individen känner är viktigt och gör att individen kan utvecklas till en bättre version av sig själv (Morton m.fl. 2017).

## **4.2 Stereotyper och identitetskris**

Identitet och fördomar är det andra huvudtemat som vi valt för att illustrera vårt resultat. I det insamlade materialet fann vi i de flesta artiklar att det var många som berättade att det fanns fördomar kring bipolär sjukdom och att det påverkade deras identitet (Hormazábal Salgado & Poblete Troncoso 2020; Inder et al., 2008; Jupille et al., 2023; Michalak et al., 2011; Michalak et al., 2006; Siegel-Ramsay et al., 2023; Warwick et al., 2019). Personerna med bipolär sjukdom bekräftar att det fanns ett stigma kring diagnosen och att de framställdes på ett negativt sätt på grund av sin sjukdom. Många berättade att deras diagnos förknippade dem med en

särskild sorts föreställning om hur de var som personer (Inder et al., 2008; Michalak et al., 2010; Warwick et al., 2019). De som fick en diagnos eller hade en sedan tidigare fick en ”identitet” som bipolär när det blev uppmärksammat för andra. I följande citat, hämtat från en intervju, illustreras stigmatiseringen och hur en person med bipolär sjukdom upplever att det påverkar deras identitet.

“ I think there’s sort of cultural or media images of bipolar which totally don’t relate to my reality. Frequently I’ll be watching a TV show and usually it’s about some psychopathic murderer and they are defining him as bipolar...”. (Michalak, Livingston, Hole, Suto, Hale & Haddock 2011).

Citatet visar hur bipolär sjukdom framställs negativt av media eftersom det finns stereotyper kring denna målgrupp (Hansson 2020). Media är beroende av att skapa häpnadsväckande nyheter som gör att folk köper deras information, men det kan också innebära att de sprider falsk eller felriktad information. Deras strategi är att locka människor till den information som ger mest uppmärksamhet för att kunna sälja. Eftersom det finns en föreställning kring personer med psykisk sjukdom bidrar media på detta sätt att uppmärksamma eller dra nytta av det. De blir ”lätta” måltavlor för sådana utlägg eftersom de anses ha lägre social status i samhället. Media framkallar då stereotyper kring bipolär sjukdom som en grupp farliga individer eftersom de likställs som psykopatiska mördare. Eftersom media då har en stark position i samhället som informationsbärare finns det många som tar till sig denna information. Andra människor kan då även vara dåliga på att ta till sig denna information utan att kategorisera. Det blir svårt att då inte tillämpa denna information av bipolär sjukdom som farliga och hotfulla individer eftersom informationen sprids på detta sätt. Människor som sedan läser tidningen eller kollar mycket film, matas med information om att personer som begår brott måste ha någon form av defekt som utlöser deras dåd.

Genom att på detta sätt använda en syndabock kan det också delvis ”lugna” eller ge en förklaring till varför en människa agerar fel eller bryter mot en norm. De som redan har lägre status i samhället kommer att bli måltavlor för att stå för det som är ”fel” i ett samhälle. Detta på grund av att de inte anses vara idealet som finns i ett samhälle och kan inte uppfylla de kraven som finns för att ingå i det. Den felriktade informationen visar att det finns brist på kunskap och tillräckligt

god kunskap ute hos allmänheten om bipolär sjukdom. Detta bidrar i sin tur till att bilden av psykisk sjukdom upprätthålls som allmänt negativ vilket påverkar dem som har en psykisk sjukdom. Dessa individer kan då få mindre chans att bli accepterade som alla andra i samhället eftersom de blir dömda redan på förhand. Detta kan påverka deras livskvalitet till det sämre eftersom de diskrimineras utifrån sin sjukdomsbild och inte utifrån deras unika egenskaper som individer.

#### **4.2.1 Självtigma och självbild**

Självtigma och självbild var första undertemat som handlar om hur personerna även stigmatiserade sig själva. Deras självbild ändrades eller var annorlunda vid bipolär sjukdom. Självtigma kan förklaras som att den enskilde som bär på ett stigma anammar andras fördomar och tankar om bipolär sjukdom (Goffman 2020). De internaliserar fördomarna och kan se ner på sig själva och därför påverkas deras självbild. Det kan vara svårt att acceptera sjukdomen eller diagnosen eftersom det kan bidra till en form av identitetskris (referens). Alla upplever det olika men samtliga artiklar bekräftar att det bidrar till ett ifrågasättande av sig själv. *“Well it’s like a flaw, there’s something wrong or something”* (Crowe et al., 2012). I citatet illustreras hur självbilden förändras i samband med deras egen syn på diagnosen bipolär sjukdom. Den moraliska karriären kan börja vid första informationstillfället som bekräftar att de har en diagnos vilket ger dem en ambivalent känsla inför sig själva. Det var fler som mer eller mindre påstod att det var något fel på dem eftersom de hade en psykisk sjukdom och kände att de inte var normala eller som alla andra (Referens artiklar). De upplever en ambivalens kring att tilldelas en sådan identitet och de vill inte uppfattas av andra som stigmatiserade personer eftersom det drar till sig negativ uppmärksamhet. När den stigmatiserade personen sedan ska möta andra kan detta innebära olika förutsättningar. Personer som har en psykisk funktionsnedsättning har en osynlig funktionsnedsättning vilket betyder att den inte syns vid första anblicken när de möter folk. Det är först när personen berättar om det som det upptäcks.

”If I go into a situation where people don’t know that I have a mental illness I have a better chance of being seen as an equal. I have jobs where people sometimes know that I have a mental illness, sometimes don’t. If I’m having a bad day then I’m just having a bad day. If people know that I have a mental illness

and I'm having a bad day they may think that I'm getting sick again ”. (Michalak, Yatham, Kolesar & Lam 2006).

I citatet ovan illustreras hur personen med en psykisk funktionsnedsättning väljer att inte visa sitt stigma för andra. Personen berättar att han/hon vill bli sedd som en jämlike och att viss information kan då skapa problem. Att ha en psykisk funktionsnedsättning är att vara misskreditabel eftersom den är icke synlig och personen väljer att se till så att den misskrediterande informationen inte kommer ut. Detta för att försöka hindra att bli bemött av andra med negativitet.

”If I were to tell someone I know, maybe not someone I know very well, but nevertheless. I don't know how it would sound to them. . . what they would think of me after I told them, so I think it's unnecessary, why should they be informed? As long as I behave normally or they consider that I behave normally there's no need to run around and tell them that I've been like this or that”. (Dahlqvist et al., 2008).

I det ovanstående citatet finns en liknande dialog som illustrerar hur resonemanget kan se ut kring att släppa ut informationen. Detta är även en strategi som försöker skydda den enskilde att inte bli upptäckt. Genom att dölja sitt stigma för andra och försöka passa in i samhället hoppas personen att den misskrediterande informationen inte ska komma ut. Det är således upp till personen att berätta om sin funktionsnedsättning och det finns inget krav att det ska vara känt för andra.

Det visar även hur långt personer som har ett stigma är villiga att gå. De väljer att inte tala om att de har en psykisk funktionsnedsättning eftersom de menar att det påverkar dem negativt. Det finns en rädsla och föreställning att berätta om sin diagnos för andra personer i deras närhet. Detta kan också ge vissa konsekvenser eftersom det gör att personen sluter sig från sociala kontakter och blir mer förtvivad i sin ensamhet att hantera sjukdomen själv. Det blir svårare för dem att interagera med andra och detta kan påverka deras livskvalitet. Sociala sammanhang och social gemenskap är viktigt för hälsan, och vid isolering avvaras detta ifall det finns en rädsla att möta andra.

Den moraliska karriären kan också innehålla inslag av erkännande och förståelse för hur andra personer är som har ett stigma (Goffman 2020). Denna insikt handlar om att det finns en förståelse om att de fördomar och stereotypiseringar som finns inte påverkar den verkliga identiteten.

”... so the way that I describe myself now ... is I am a person living in recovery from a diagnosis of bipolar disorder ... but in terms of ... you know, and I really really hate when people say I am bipolar, like that's .. that's like no cos you are not, you are so much more than that, like just stop saying that, you know, and people get really frustrated with .. you know word police but I am like there's a reason why, you know people do not go round saying I am cancer ... they just do not so [laughs] ”. (Warwick, Tai & Mansell 2019).

Citatet belyser hur personen fortfarande kämpar med andras attityder gentemot bipolär sjukdom men att det finns en vetskap om att andra har fel uppfattning om dem. Personen har genomgått en moralisk karriär och landat i tanken kring sin identitet och fått en förståelse kring bipolär sjukdom, men framförallt sig själv. De som kunde ta sig ur denna självdiskriminering och se på sig själva som mer unika individer var de som hade accepterat sin sjukdom. Detta var för många en process och ett behov som behövde göras innan de kunde bli friska också.

I was quite taken aback I think the...with the diagnosis more than anyone else was, so ...getting through, getting rid of that self stigma was a big stepping stone (Warwick m.fl 2019).

[Y]ou don't want to admit stuff like [depression] if you're a teacher because you think you have to be this perfect role model, but it's not actually a flaw. I think it's actually a strength if you can go through something like that and come out on the other side ... Cause there's a lot of kids who go through it too, and they need to know that they're not alone (Michalaak m.fl 2010).

De två citaten ovan belyser hur självstigma och diskriminering av sig själv kan få ett slut och vikten av det för att hantera sin sjukdom. Detta togs även upp som en

strategi enligt teorin om KASAM. Självtigma påverkar hur personer med bipolär sjukdom upplever att de förstår sig själva men också accepterar sin sjukdom. Det var viktigt för många att ”acceptera” och ”komma över” fördomar och attityder från allmänheten för att kunna bli stolta över sig själva. Detta innebar att de identifierade sig inte längre som individer med defekter utan att de behövde också få en förståelse över vad de hade åstadkommit. Detta skapade en känsla av ökad självkänsla i sin tur vilket påverkar deras livskvalitet.

Sammanfattningsvis hade många upplevt självtigma. Det påverkade deras självbild att leva med en psykisk funktionsnedsättning som bipolär sjukdom. Vissa valde att dölja den för andra tills de var bekväma med att berätta om den. Upplevelserna av att avslöja sig och visa vilka de egentligen var blev en del av processen att acceptera sjukdomen.

#### *4.2.2 Uteslutning och strukturell diskriminering*

Det andra undertemat till stigma är uteslutning och diskriminering. Detta tema berör de delar som stigma medför, alltså de konsekvenser som deltagarna utsätts för i samband med deras sjukdom. I de flesta artiklar var andras åsikter kring diagnosen det som skapar mest oro och sämre självbild hos personerna som har bipolär sjukdom. Detta var på grund av att det skulle läcka information som var särskilt känslig kring deras identitet och skulle påverka deras sociala liv. Samhällets attityder och normer spelade stor roll för de som hade en psykisk sjukdom. I följande utdrag illustreras detta.

”It’s like, "Hey, I have bipolar." And they want to get away from you. I’m not dangerous, but there’s just the negative stigma attached to it ” (Siegel-Ramsay, Sharp, Ulack, Chiang, Lanza di Scalea, O’Hara, Carberry, Strakowski, Suarez, Teisberg, Wallace & Almeida 2023).

Det var flera som var oroliga över att även berätta för vänner och familj eftersom det fanns ett stigma över sjukdomen. Oron är en del av stigma eftersom när de stigmatiserade möter andra ”normala” finns det en misstänksamhet (Goffman 2020). Den stigmatiserade blir orolig över hur denne kommer bli bemött av andra om det inte finns tillräckligt med kunskap eller erfarenheter av funktionsnedsättningar. Ibland innebar detta att reaktionen hos familjen kunde vara negativ.

”But my family will continue for the rest of their lives to judge me for it [the BD diagnosis] ... Once you’ve been diagnosed with an illness people will use that against you for the rest of your life ”. (Michalak m.fl. 2011).

Citatet ovan belyser en negativ reaktion på att berätta om sin sjukdom och hur det påverkade personens vardag och livskvalitet. De olika reaktionerna på diagnosen hos familjemedlemmar, vänner eller omgivningen skapade antingen förutsättningar för att hantera sjukdomen eller bildade en belastning för personerna. I vissa fall innebar ett erkännande inför vänner och bekanta att de kunde hantera sin sjukdom bättre ifall närstående hade kunskap om deras symptom. Symptomen som uppstår vid bipolär sjukdom påverkar deras sociala relationer eftersom det finns vissa dagar då humöret kan vara utmanande eller depressivt. Det var således ett sätt att hantera sjukdomen men också vårda relationer. Det upplevdes vara positivt att avslöja diagnosen för andra eftersom det underlättade deras förståelse.

”making people understand why I do the things that I do... and not ruining my relationship with my fiancé”. (Nicholas m.fl. 2017 ).

I citatet ovan förklaras hur en person med bipolär sjukdom berättat för sin fästman och berättat om de svårigheter som finns att ha en sådan diagnos. Fästmannen blir upplyst och på så sätt dömer han inte personen. Det ger en förståelse kring diagnosen och det skapar en annan bild av psykisk funktionsnedsättning. Genom att ge information eller dela med sig av sin vardag hos närstående eller bekanta blev bipolär sjukdom inte lika otäckt att hantera hos personerna själva. De kunde samtidigt känna sig mer förstådda och stärkta av att andra fick vara med i deras ”process”

Det fanns dock en övergripande oro för framtiden för vissa personer att ta sig an vissa roller i samhället som alla andra (Dahlqvist Jönsson m.fl. 2008). Detta grundade sig på andras attityder kring sjukdomen och att det medförde problem att hantera vissa delar av livet. Vissa uppmuntrades exempelvis att inte arbeta av bland annat professionella eftersom de ansåg att de inte var kapabla (Vallarino

m.fl. 2019). Det var en okunskap bland både professionella inom hälsovården och välutbildade personer på arbetet som skapade denna oro.

”Some of the health professionals I have found are the greatest problem”  
(Michalaak m.fl 2006).

”...those people were more understanding than actually the educated people were, which is kind of ironic” (Michalaak m.fl 2006).

Citaten belyser två olika inslag av osynlig diskriminering som bidrar till att personer med bipolär sjukdom utesluts strukturellt från samhället. Problemet med första citatet är att professionella inom hälso- och sjukvård intar ett förhållningssätt som inte gynnar patienten på lång sikt. Psykiatriker och läkare har kunskap och expertis inom hälsovård som innebär att deras kompetens ska kunna hjälpa patienterna att ”bli friska”. Men i detta fall blir den negativa attityden mot patienterna något som drar ner deras självbild och tillfrisknande. Deras sjukdomsbild blir då sämre än vad den egentligen är eftersom de initierar att de inte är kapabla till att göra saker som andra människor kan. Detta bidrar i sin tur att minska deras självkänsla. Vikten av arbete är exempelvis ett starkt behov av många vuxna för att kunna identifiera sig som vuxen och ansvarstagande människa. Detta behov uttrycker även två andra intervjupersoner:

“Feeling like a productive and contributing member of society instead of a drain and a burden” (Nicholas m.fl 2019).

“Getting a job would be a victory for me. For me, it’s really about reintegrating into society, feeling useful, because I’m ashamed of not working [..]. Some people don’t mind, but I’m actually ashamed.” (Jupille m.fl 2023).

Citaten visar på ett strukturellt problem när samhället utesluter vissa grupper och att det påverkar inte bara målgruppen på kort sikt utan också på lång sikt. Rollen som en vuxen medborgare i ett samhälle innebär att kunna klara sig själv ekonomiskt. Detta kan bli svårt för personer med bipolär sjukdom ifall de inte anser vara lämpade att arbeta eller får tillgång till rollen som arbetstagare. Det är för många

viktigt att identifiera sig som inte endast en börda för andra. Det var exempelvis vissa som inte ville låna pengar av sina närstående eftersom de skämdes men också för att de inte ville vara ekonomiskt beroende av andra (Siegel- Ramsay m.fl. 2023).

Sammantaget påverkas personerna med bipolär sjukdom deras identitet som vuxna individer. Detta eftersom arbete och god ekonomi är så högt förknippad med rollen som vuxen. De vill arbeta och vara produktiva men bemötts av olika hinder för att arbeta på lika villkor som andra. Detta gör att de utesluts från sina gemenskaper på arbeten och i relationer och deras roller som vuxna. Detta påverkar identiteten och kan leda till sämre självkänsla eftersom att vara vuxen kan förknippas som att kunna uppnå en socialt värderad status. Det är således ett sätt att närma sig andra som har gemensamma värderingar och behov. Kollegor kan bidra till att dessa personer känner samhörighet och de hittar vänner som kan förstå dem som jämlikar. Därför är arbete en viktig del av det sociala livet hos målgruppen men kan också leda till att de klarar sig ekonomiskt själva utan att behöva få stöd från samhället.

## **5. DISKUSSION**

I denna del diskuteras studiens resultat. Under första rubriken sammanfattar vi resultatet för arbetet sedan diskuteras resultatet. Nästa rubrik handlar om diskussion över valet av metod, sökprocessen, dess styrkor och svagheter samt val av analys. Tredje rubriken handlar om fortsatt forskning och vad det skulle kunna innebära.

### **5.1 Sammanfattning av resultatet**

Resultatet visade att det var till deras fördel att få sjukvården att kunna hantera deras sjukdom. Detta för att få rätt medicin och ha god kontakt med läkare som kunde fånga upp dem samt anpassa behandlingen utifrån deras preferenser. Sjukdomen påverkade alla på olika sätt och detta förstod inte alla inom sjukvården. Det behövdes en fungerande medicin i kombination med andra metoder för att få individerna att fungera i vardagen såsom hjälp från psykologer och andra i sin omgivning. Sysselsättning bidrog till en meningsfull tillvaro eftersom det gav effekter på deras livskvalitet i stort. Självtändighet skapade självkontroll/självförtroende. Genom rätt resurser först kunde de sedan själva skapa förutsättningar att hantera sin sjukdom genom sysselsättning. Vilket skapade en balans mellan belastning och meningen med att utföra något själv.

Diagnosen bipolär sjukdom var enligt många en kris. Det fanns mer behov hos gruppen än för andra i omgivningen vilket resulterade i mycket tankar. Identiteten var eller blev förändrad i samband med sjukdomens effekter. Därför var det svårt för många att acceptera den och hantera den. Sjukvården hade dessutom alltför mycket fokus på medicin vilket inte var till hjälp när individerna ville utvecklas och försöka leva med sjukdomen.

Deras självbild påverkades av att leva med en psykisk funktionsnedsättning som bipolär sjukdom. Därav skapade personerna självstigma och valde att dölja sina rätta jag. Vissa avslöjade sig men skämdes. Att avslöja sig själva hanterades av vissa som en del av processen att läka och bli accepterade av sig själva. Identiteten som vuxen var även något som deltagarna i artiklarna kämpade med. Arbete och god ekonomi är högt förknippad med att anses vara vuxen och ansvarsfull. Det

gjorde det svårt för somliga att känna sig vuxna eller delta som andra vuxna i samhället. De ville arbeta och vara produktiva men kunde inte alltid göra det. Därav blev de uteslutna från den vuxna världen och hamnade utanför gemenskapen.

### *5.1.1 Resultatdiskussion*

De två olika teorierna som valdes ut kunde med fördel skapa en bild av hur personer med bipolär sjukdom upplever deras livskvalitet. Livskvalitet är individuellt erfaret och deltagarna från de artiklar som vi hämtat berättade att det som var positivt var framförallt att arbeta med sig själva och hitta meningsfullhet. Kopplingen till KASAM blev naturlig eftersom mönstret uppenbarade sig under tiden som vi tog del av materialet. KASAM står för den inre processen av att leva med en psykisk sjukdom som bipolär sjukdom. Det var både de som fått diagnosen nyligen och de som hade sedan tidigare en diagnos som kunde berätta om hur processen såg ut. De tre olika komponenterna i KASAM påverkade livskvaliteten såsom Antonovsky föreslog, att de som hade KASAM troligtvis också känner en viss livskvalitet. KASAM är alltså en resurs för livskvalitet mer eller mindre.

Den andra teoretiska utgångspunkten stigma var till skillnad från KASAM en belastning för livskvaliteten. Enligt de flesta deltagare i de artiklar som vi hämtat in, var stigma något som uppfattades sätta upp hinder för deras livskvalitet. De kritiserar sig själva och andra i deras omgivning, men även i samhället är det ofördelaktigt att ha bipolär sjukdom. De känner sig som en börda eller som att det är något fel på dem. Även om sjukdomen inte är synlig för andra så fanns det en rädsla att tala öppet om den. Det fanns även mycket okunskap kring sjukdomen ute i samhället och media målade upp en bild av dem som att de var galna. Stigma skapade hinder för att delta i livet såsom alla andra genom att sätta begränsningar i olika situationer. Gemenskaper med andra påtalades vara något viktigt för många men det fanns en rädsla att berätta för vem som helst utan att bli dömd.

Det var främst de sociala samspelet med andra som blev en begränsning för deras tillvaro eftersom normerna påverkade hur andra såg på dem och de själva. Rollen som vuxen som kan förknippas med god status bidrog ytterligare till att dessa individer kände sig mer annorlunda än andra. Arbete är en viktig aspekt av livet och särskilt i vuxen ålder där gemenskaper bildas genom kollegor men också aspekten

av att klara sig själv ekonomiskt. Att slippa få ekonomiskt stöd från samhället kan bidra till att känna sig mer stark som person och stärka livskvalitén.

Stigma och KASAM kompletterar varandra teoretiskt genom att förklara den inre och yttre processen av att uppnå hälsa och livskvalitet hos personer med bipolär sjukdom. Stigma stod för den yttre processen, där personerna med bipolär sjukdom behövde möta samhället och gå ut med sin identitet för att kunna uppnå livskvalitet. Det är samhällets normer som ofta styr huruvida vissa personer ingår i gemenskapen medan andra inte gör det. De stigmatiserade kan söka sig till andra grupper eller likasinnade men det blir förr eller senare en barriär när han/hon måste söka sig till nya platser eller sociala sammanhang. Den inre resan eller jakten på att kunna hantera livets motgångar inbegriper KASAM.

## **5.2 Diskussion av metod**

### ***5.2.1 Kvalitativ och induktiv tematisk analys***

Vi valde att använda oss av en kvalitativ metod och en induktiv tematisk analys av vårt material. Detta gjorde vi för att vi hade ett ämne vi ville utforska och pröva våra teorier på det material vi kunde samla in. Valet av metod var främst för att göra den bred men också fånga personernas egna uppfattningar och erfarenheter. Samtidigt som metoden kan ha begränsningar i sitt utförande eftersom den bygger på tidigare forskning och inte genomförts av oss själva. Detta i form av att det görs ytterligare tolkningar utifrån andra forskares perspektiv.

De teorier vi valde hade vi kännedom om och ville prova dem för att analysera datamaterialet för att sedan se hur forskningsläget såg ut. Detta är ett induktivt sätt att arbeta med tematisk analys, att utgå från ett fenomen och sedan tolka resultatet. Det andra sättet innebär att arbeta deduktivt från början till slut. Fördelen med en deduktiv tematisk analys är att det kan underlätta arbetet att koda material och att testa teorier på något specifikt och förutbestämd forskningsfråga (Braun & Clarke 2008). Nackdelen med att använda deduktiv analys är att man kan gå miste om nya upptäckter i materialet eftersom forskaren redan har en förutfattad idé om vad som finns där. Därför kan induktiv analys vara mer transparent och ge ny kun-

skap. Detta sätt kan dock också ha sina nackdelar eftersom det blir mer tidskrävande att inte ha en tydlig målbild från början. Dessutom finns det aldrig en forskare som är helt oberoende av sin tidigare kunskap och därför inte helt fri från att tolka utifrån vissa teoretiska åtaganden (a.a). I vårt fall växte dessa teorier fram efter att vi hade samlat in och sökt material, men blev sedan efteråt när vi läst igenom alla något som vi valde att använda.

### 5.2.2 Utmaningar och eventuella följder

Det som upplevdes problematiskt med metoden var att hitta forskning som passade syftet i sin helhet. Det gjordes exempelvis väldigt många prov sökningar till en början som inte genererade några resultat som passade vårt syfte. Det visade sig att de flesta artiklar som framkom av endast *bipolar disorder* OR *bipolar diagnosis* AND *adult* AND *quality of life* var för medicinskt inriktade. Det fanns mycket forskning som centrerade kring medicin och effekter av dess användning vilket kan bero på att psykisk funktionsnedsättning oftast behandlas medicinskt. Eftersom vi ville undersöka hur livskvalitet upplevs av personer med bipolär sjukdom var medicin användning inte relevant för vår studie. Vi fick ta till ord från andra områden som till exempel *social*, *identity*, *image*, *self perception*, *stigma* med flera. Dessa var mer kopplade till vårt syfte och innehöll mer sociala eller allmänna kopplingar till livskvalitet. Detta gjorde att sökningen involverade begrepp som inte från början var planerade. Vad som påverkar människors liv, och som i detta fall centrerar kring livskvalitet, varierar stort. Detta bidrog till att sökningen tog mycket tid och blev väldigt omfattande. Följderna av detta är eventuellt att det vore lättare att genomföra studien genom intervjuer för att spara tid och resurser. En annan begränsning med studien kan vara att analysen av materialet kodningsprocessen som genomförts av oss kan påverka resultatet och studiens riktning, vilket i sin tur påverkar trovärdigheten. En alternativ metod hade varit att genomföra intervjuer själva för att vara så nära materialet som möjligt.

Vi använde oss av sökorden *qualitative* och *interviews* eftersom vi uppfattade under tidens gång att artiklar med kvalitativt innehåll passade vårt syfte generellt eftersom de hade ett tydligare fokus på sociala aspekter. De artiklar som var kvantitativa mätte exempelvis hur många personer med bipolär sjukdom som upplever livskvalitet. Det fanns även många kvantitativa artiklar som fokuserade endast på medicin och behandling. Medicin är en stor del av den behandling som personer

med bipolär sjukdom använder och kan vara relevant i syfte att undersöka mediciner med koppling till livskvalitet. Det visade sig dock att de flesta artiklar som hade fokus på medicin endast var intresserade av dess effekter, användning och annat som går att mäta. Vi försökte undvika sådana artiklar eftersom de inte matchade vår studie eller de teorier vi ville använda. I slutändan använde vi främst kvalitativa artiklar som datamaterial eftersom de innehöll mer värdefull information. Vid eftertanke kunde vår studie underbyggas med kvantitativa artiklar med mätbar information eftersom det stärker argumenten. Exempelvis hade det funnits utrymme att underminera vikten av vilka strategier som anses vara mest lämpade för livskvalitet genom att undersöka hur den större massan såg på saken. En artikel som valdes ut använde en sådan metod och delade ut enkäter, men kompletterade även med öppna frågor

### **5.3 Framtida forskning**

Den forskning som vi samlat in har genomförts och publicerats i olika delar av världen. Vi fick möjlighet att se ifall det fanns likheter eller skillnader mellan olika länder. I andra länder finns det andra samhällssystem eller kulturer eller normer som kan påverka hur de ser på psykisk funktionsnedsättning och hur det behandlas. Riskerna finns dock att det är just olikheterna som gör att det blir svårt att "översätta" till svensk kontext eftersom vi skriver på svenska och bor i Sverige. De artiklar vi använt oss av har varit på engelska och därför har vi behövt tolka dem utifrån ett översättningsverktyg. Detta kan innebära att vi missar en innebörd eller tolkar ord på ett annat sätt. Det kan även vara så att de artiklar som vi använt har hämtat information utifrån deras samhällskontext och den information som vi använt är den svenska kontexten. Alltså kan det finnas skillnader i hur långt vi "tror" att vi kommit i Sverige exempelvis med lagar och regler som psykiatrireformen. Det kan vara så att vi i Sverige anser att vi kommit långt medan i andra delar av världen finns det de som kommit längre genom andra system såsom andra normsystem. Länder som har mest resurser att använda sig av för forskning eller utveckla ny kunskap kan även påverka utfallet för hur det ser ut i samhället. En framtida forskning skulle kunna innefatta en annan metod med fokus på att intervjua personer med bipolär sjukdom och se vilka skillnader det finns mellan olika länder.

## 6. REFERENSER

Antonovsky A, (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm, Natur och Kultur.

Arksey H, & O'Malley L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), s. 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616

Arnhof Y, (2008) Onödig ohälsa: hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Braun V, & Clarke V, (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Crowe M, Inder M, Carlyle D, Wilson L, Whitehead L, Panckhurst A, O'Brien A, Joyce P, (2012). Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 294-302.

Dahlqvist Jönsson P, Wijk H, Skärsäter I, Danielsson E, (2008). Persons living with bipolar disorder - their view of the illness and the future. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 1217- 1236.

Folkhälsomyndigheten, (2016) Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011-2016”. Dnr 00599/2014. 8-12 & 82-87.

Goffman E, (2020) *Stigma - den stämplades roll och identitet*. Lund, Studentlitteratur.

Hansson L, (2020) *Stigmatisering och diskriminering*. I: Brunt D, m.fl. (red) *Att leva med psykisk funktionsnedsättning - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (3 uppl) Lund, Studentlitteratur.

Hormazábal Salgado R, Poblete Troncoso M, (2020) Living with bipolar disorder in Chile: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 488-497.

Inder M L, Crowe M T, Moor S, Luty S E, Carter J D, Joyce P R, (2008) ” I actually don't know who I am ”: The impact of bipolar disorder on the development of self. *Psychiatry*, 71, 123-133.

Jupile J, Harscoet Y-A, Duval M, Grall-Bronnec M, Moret L, Chirio- Espitalier M, (2023) ”What makes you well ”? Supports of well-being in bipolar disorder. A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 18, 1-12.

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387.

Markström U, (2020) *Det samhällsbaserade arbetet efter institutionerna*. I: Brunt D m.fl. (red). *Att leva med psykisk funktionsnedsättning - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. (3 uppl). Lund, Studentlitteratur.

Michalak E E, Livingston J D, Hole R, Suto M, Hale S & Haddock C (2011) 'It's something that I manage but it is not who I am': reflections of internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, 7, (3), 209-224.

Michalak E E, Yatham L N, Kolesar S & Lam R W (2006) Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of life research*, 15, 25-37.

Morton E, Michalak E E, Hole R, Buzwell S & Murray G, (2018) 'Taking back the reins'-A qualitative study of the meaning and experience of self management in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 228, 160-165.

Nicholas J, Boydell K & Christensen H (2017) Self management in young adults with bipolar disorder: Strategies and challenges. *Journal of Affective Disorders*, 209, 201-208.

Mattsson T, (2021) *Intersektionalitet i socialt arbete - teori, reflektion och praxis*. (3 uppl). Malmö, Gleerups.

Lundin L, & Mellgren Z, (2013) *Orsaker till psykiska funktionsnedsättningar*. I: Lundin L, & Mellgren Z, (Red.) *Psykiska funktionshinder - stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. (2 uppl). Lund, Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2024) Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ><https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/545bf72b1de34af18e3e7ac9a790f513/2024-2-8921.pdf>< PDF. (2025-05-27).

Siegel-Ramsay J E, Sharp S J, Ulack C J, Chiang K S, Lanza di Scalea T, O'Hara S, Carberry K, Strakowski S M, Suarez J, Teisberg E, Wallace S, Almeida J R C, (2023) Experiences that matter in bipolar disorder: a qualitative study using the capability, comfort and calm framework. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11, 1-11.

Statens offentliga utredningar, 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*

Suto M, Murray G, Hale S, Amari E & Michalak E E (2009) What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *Journal of Affective Disorders*, 124, 76-84.

Tengland, P-A (2005) *Kap. 3 Teorier om hälsa och livskvalitet*. I: Faresjö T, & Åkerlind, (red.) *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning*. (1 uppl) Lund, Studentlitteratur.

Vallarino M, Rapisarda F, Scott J, Vecchi T, Barbato A & D'Avanzo B (2019) Experiences of Mental Healthcare Reported by Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder: An Italian Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 55, 129-136.

Van den Heuvel S C G H, Goossens P J J, Terlouw C, Van Achterberg T, Schoonhoven L, (2015) Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 801-810.

Veseth M, Binder P-E, Borg M, Davidson L, (2012) Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: a reflexive collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qualitative Health Research*, 22, 119-133.

Vetenskapsrådet, (2025) *Etik i forskningen och god forskningssed*.  
><https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html>< HTML. (2025-08-18).

Warwick H, Tai S, Mansell W, (2019) Living the life you want following a diagnosis of bipolar disorder: A grounded theory approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 362- 377.

World Health Organisation (2024) *Health and Well-Being*.  
><https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>< HTML. (2025-06-02).

Åkerlind, I (2005) *Kap. 2 I: Faresjö T, & Åkerlind, (red.) Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning*. (1 uppl) Lund, Studentlitteratur.

## BILAGA 1. ÖVERSIKT AV DATABASSÖKNING

Datum (2025)	Databas	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Läst i fulltext /valda
19/3	Psycinfo	Bipolar disorder OR bipolar diagnosis AND adult or adults OR adulthood AND living experience OR lived experience AND qualitative study OR interview	peer-reviewed	16	16	3	2/2
19/3	Psycinfo	bipolar disorder AND adult* AND subjective experience or experiences AND qualitative study or qualitative research or qualitative methods or interview	peer-reviewed ingen begränsning vad gäller år, utan automatiskt kom det upp: 1973-2025	604	331	10	4/4
19/3	Psycinfo	Bipolar OR bipolar diagnosis AND adult AND life of quality OR wellbeing	peer-reviewed auto: 1967-2025	984	100	20	7/6
24/3	PsycInfo	Bipolar disorder OR bipolar diagnosis AND adult AND quality of life	peer-reviewed automatiskt: 1978-2025	775	7	4	4/1
2/4	PsycInfo	Bipolar disorder AND functioning AND quality of life	peer-reviewed	616	6	3	1
2/4	PsycInfo	bipolar disorder OR bipolar diagnosis AND identity OR self image AND interviews	peer-reviewed begränsat till 1990-2025	85	10	2	2
2/4	Psycinfo	bipolar disorder OR bipolar diagnosis AND adult AND strategies OR coping AND interview	peer-reviewed begränsat till 1990-2025	320	30	4	4/2
2/4	PsycInfo	bipolar disorder AND the impact of bipolar disorder AND identity or self	peer-reviewed begränsat 1990-2025	145	145	10	1
2/4	PsycInfo	diagnosis of bipolar disorder AND adult or adults AND self perception	peer-reviewed begränsat 1990-2025	4	4	1	1
26/3	Sociological Abstracts	bipolar diagnosis OR bipolar disease OR bipolar disorder) AND social*	peer-reviewed	544	20	3	2
17/4	Sociological Abstracts	Bipolar disorder OR disability AND self management or quality of life	peer-reviewed	2 119	10	7	1
19/3	Cinahl	bipolar disorder or bipolar diagnosis AND living with AND adults or adult	peer-reviewed auto: 1993-2025	231	180	4	2/2

## BILAGA 2. ÖVERSIKT AV INKLUDERADE ARTIKLAR

Författare	Publicerad	Syfte	Metod	Resultat
Crowe M, Inder D, Carlyle L, Wilson L, Whitehead A, Panckhurst A, O'brien A & Joyce P	2012	Att studera vilken inverkan bipolär sjukdom hade på livet för personer som diagnostiserats	Kvalitativ induktiv intervjuer	huvudtemat var att de kände sig utom kontroll, förlorad autonomi, skam över diagnos, minskad tillit till sig själva
Dahlqvist Jönsson P, Wijk H, Skär-säter I, & Danielsson E.	2008	Att studera vad det innebär att leva med bipolär sjukdom och hur personerna ser på sin framtid	Kvalitativ intervjuer	osäkerhet, hopp om framtiden, rädsla för framtiden, struktur i vardagen viktigt
Hormazabal-Salgado R, & Problete-Troncoso M.	2020	Att studera vilka livserfarenheter som personer med bipolär sjukdom har i Chile	kvalitativ och deskriptiv metod. Semistrukturerade intervjuer med tematisk analys	Upplevelser kring sjukdom, acceptans, stigma, medicinering, support var viktigt men känsligt
Inder M L, Crowe M T, Moor S, Luty S E, Carter J D, Joyce P R,	2008	syftade till att studera vilken inverkan bipolär sjukdom hade för utvecklandet av identiteten	kvalitativ	sjukdomen bidrar till förvirring och identitetskris, omgivningen blir påverkad, hinder för att utbilda sig, självacceptans viktigt för att läka och behandla sig själv
Jupile J, Harscoet Y-A, Duval M, Grall-Bonnet M, Moret L, Chirio-Espitalier M,	2023	vilka faktorer som bidrar till välmåendet hos personer med bipolär sjukdom som bor i Frankrike	Kvalitativ intervjuer	Rutiner, känsla av ett sammanhang, struktur, stöd för att hantera sjukdomen själv, positivt att möta andra med samma diagnos
Michalak E-E, Yatham L N, Kolesar S & Lam R- W	2006	hur personer med bipolär sjukdom upplevde att sjukdomen påverkade deras livskvalitet	Kvalitativ djupintervjuer	rutiner och struktur viktigt, viktigt att vara självständig, normala vän-skaper bra för den mentala hälsan, support i vänner.
Michalak, Livingston, Hole, Suto, Hale & Haddock	2011	Syftet var att undersöka hur personer med bipolär sjukdom, som var hög-fungerande, upplever själv stigma	kvalitativ metod, och semistrukturerade intervjuer,	personerna hade olika erfarenheter, diagnosen påverkar känslan av jaget men definierar inte vem man är som person utan det formas utifrån en själv, anpassningar underlättar välmåendet och känslan av skam
Morton E, Michalak E, Hole R, Buzwell S & Murray G	2017	syftet var att undersöka hur personer med bipolär sjukdom värderar sin livskvalitet och i samband med egen hantering av sjukdom	mixad	jobba med sig själv är viktigast, medicin hjälper till men inte allt, empowerment att göra jobbet själv.

Nicholas, Boydell & Christensen	2016	Syftet var att undersöka vilka strategier och utmaningar som fanns hos unga vuxna med bipolär sjukdom	online enkät, frågor om självhantering	använda medicin och vård behandling mest effektivt, information om sjukdom hjälpsamt, agera när symptomen börjar komma, minimera stress, delta i aktivitet och regelbunden motion för att må bra
Siegel-Ramsay J E, Sharp S J, Ulack C J, Chiang K S, Lanza di Scallea T, O'Hara S, Carberry K, Strakowski S M, Suarez J, Teisberg E, Wallace S, Almeida J R C,	2023	Studien syftade till att undersöka vad patienter hade för upplevelse av vården de fick och vilka metoder som funkar bäst	kvalitativ intervjuer	för att öka deras välmående krävs mer fokus på sociala funktioner, såsom identitet, minska stigmat och skapa större tillgång till vårdhjälp
Suto M, Murray G, Hale S, Amari E & Michalak E-E	2009	syftet att ta fram underlag som kunde påvisa positiva coping-strategier för de som lever med bipolär sjukdom som kan få livet att fungera väl.	kvalitativ	strategier var sömn, kost, vila och motion, hålla koll på sina symptom, öka sin egen förståelse för sjukdomen och andra, ha ett socialt nätverk
Vallarino, Rapisarda, Scott, Vecchi, Barbato & D'Avanzo	2019	Syftet var att undersöka erfarenheter av psykiatrisk vård hos personer med bipolär sjukdom i Italien	semistrukturerade intervjuer	brister kring vården eftersom det som gavs var inte det som behövdes, otillgänglighet för samtalsstöd, diagnos medför oro och självstigma, stärkande att träffa lika-sinnade, arbete viktigt för återhämtning och struktur
Van den Heuvel S C G H, Goossens P J J, Terlouw C, Van Achterberg T, Schoonhoven L,	2015	syftet är att beskriva och kategorisera subjektiva erfarenheter av att själv hantera Bipolär sjukdom	kvalitativ metod fenomenologisk	självhantering av bipolär sjukdom är som mest effektiv när man får göra fel och lära av sina misstag, erkänna sjukdomen, reflektion.
Veseth M, Binder P-E, Borg M, Davidson L	2012	hur personer med bipolär sjukdom hanterar sin sjukdom för att fungera i vardagen	Kvalitativ - fenomenologisk	utmaning att släppa manier, bli medveten om sina symptom, hitta sätt att ta hand om sig själv
Warwick, Tai & Mansell	2019	Vilka processer som ingick i återhämtningen av bipolär sjukdom	Kvalitativ intervjuer Grundad teori	stöd från omgivning viktigt, erkänna och acceptera, tro och hopp, medicinering, återta kontrollen, och få behandling, självomsorg