



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Upplevelser av gruppbaserad RAINBOW för ungdomar med bipolär sjukdom

Behandlingsprocesser och -utfall ur ett patientperspektiv

Författare Max Karlsson

Psykologexamensuppsats. 2014

Handledare: Eva Brodin
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Tack!

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till ungdomarna som modigt och generöst delade med sig av sina erfarenheter. Självfallet hade denna studie inte varit möjlig utan er medverkan! Jag vill även tacka för det vänliga och hjälpsamma mottagandet av överläkare Beata Bäckström och övrig personal vid Teamet för psykos och bipolära tillstånd, BUP i Lund. Ett särskilt tack vill jag rikta till psykolog Jens Knutsson vid Teamet för psykos och bipolära tillstånd. Med sin uppmuntran och breda erfarenhet, från både den kliniska och akademiska världen, har han spelat en central och avgörande roll för uppsatsens tillkomst och utveckling. Vidare vill jag även rikta ett stort tack till min handledare Eva Brodin för hennes aldrig sviktande engagemang och stöd. Utan din hjälp hade jag inte kunnat föra skutan i hamn! Slutligen, Carolina, min livskamrat, tack för ditt enastående tålamod och förmågan att räcka mig en hjälpande hand när behovet är som störst!

Abstract

The aim of this study was to explore patients' experiences of having participated in a group treatment called RAINBOW. RAINBOW is a psychosocial treatment for adolescents with bipolar disorder and their parents. Semi-structured interviews were conducted with four adolescents who previously had participated in RAINBOW. Grounded theory was used to analyze the data and six main themes were identified: *Identification with the diagnosis, Sense of affinity; Not completing home assignments; Theoretical knowledge; Problem-solving and routines; and Mothers' learning*. The results suggest that the teenager's experience of their medications, their motivation to participate in the treatment and youth-parent relations seems to be factors influencing the experience of the treatment. Furthermore, how the adolescents relate to the treatment group affinity and to what extent they complete assignments could be factors affecting the experience of the treatment and treatment outcome. Two adolescents reported a limited treatment outcome. Two adolescents experienced treatment outcome in the form of increased ability to address problems, improved routines, improved relationship with their mothers and increased knowledge about the disorder. The result also indicates that the youths in this study perceive RAINBOW as a group treatment rather than a family treatment.

Keywords: bipolar disorder, adolescents, RAINBOW, treatment outcome, family treatment, group treatment, psychosocial treatment, cognitive behavioral therapy, qualitative method, grounded theory

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka hur patienter upplevde deltagandet i en gruppbaserad behandling kallad RAINBOW. RAINBOW är en psykosocial behandlingsmodell för ungdomar med bipolär sjukdom och deras föräldrar. Halvstrukturerade intervjuer genomfördes med fyra ungdomar som tidigare deltagit i behandling enligt RAINBOW-modellen. Intervjumaterialet analyserades med hjälp av grundad teori vilket resulterade i sex huvudteman: *Identifikation med diagnosen, Känsla av gemenskap, Gjorde inte hemuppgifter, Teoretisk kunskap, Problemlösning och rutiner, samt Mammas lärande*. Resultatet tyder på att ungdomarnas upplevelse av sin pågående medicinering, om de var motiverade att gå i behandlingen och relationerna till deras föräldrar verkar vara faktorer som inverkar på upplevelsen av behandlingen och dess utfall. Vidare framkommer att hur ungdomarna förhåller sig till behandlingsgruppens gemenskap och i vilken utsträckning de utför hemuppgifterna kan vara relaterade till upplevelsen av behandlingen och dess utfall. Två av ungdomarna rapporterade begränsade behandlingseffekter. Två ungdomar upplevde att behandlingen hade haft effekt i form av ökad kunskap om sjukdomen, förbättrade rutiner, ökad förmåga att hantera problem och en förbättrad relation med sin mamma. Resultatet visar också att ungdomarna i denna studie uppfattar RAINBOW som en gruppbehandling och inte som en familjebehandling.

Nyckelord: bipolär sjukdom, ungdomar, RAINBOW, behandlingsutfall, familjebehandling, gruppbehandling, psykosocial behandling, kognitiv beteendeterapi, kvalitativ metod, grundad teori

Innehållsförteckning

Inledning	6
Litteraturöversikt	8
Diagnosticering av bipolär sjukdom hos barn och ungdomar	8
En omstridd och svårdiagnosticerad sjukdom	9
Behandling av barn och ungdomar med bipolär sjukdom	10
<i>Farmakologisk behandling</i>	11
<i>Psykosocial behandling</i>	11
<i>Barn- och Familjefokuserad- KBT – RAINBOW</i>	12
<i>Kärnan i Barn- och Familjefokuserad-KBT och akronymen RAINBOW</i>	13
<i>Barn- och Familjefokuserad KBT/RAINBOW i gruppformat</i>	13
Tidigare forskning om psykosocial behandling	14
<i>Effektstudier av behandling enligt RAINBOW-modellen</i>	16
<i>Sammanfattning av forskning kring psykosocial behandling</i>	17
Syfte och frågeställningar	17
Metod	17
Grundad teori	18
Förförståelse	20
Kontext	20
Urval	21
<i>Inklusionskriterier</i>	21
<i>Rekrytering och deltagare</i>	22
Material	22
Datainsamling	23
Analys	24
Etiska överväganden	25
Trovärdighet och tillförlitlighet	26
<i>Välgrundade kategorier och teoretisk tydlighet</i>	27
<i>Dokumentation och reflexivitet</i>	27
<i>Överförbarhet till andra sammanhang</i>	27
Resultat	28
Deltagarnas bakgrund	28
<i>Maria</i>	28
<i>Mimmi</i>	29
<i>Kajsa</i>	29
<i>Karin</i>	29
Identifikation med diagnosen	30
Känsla av gemenskap	32
<i>Social upplevelse</i>	33
<i>Studiegrupp</i>	34
<i>Stödgrupp för problemlösning</i>	34
Gjorde inte hemuppgifter	35
Teoretisk kunskap	36
Problemhantering och rutiner	37
<i>Ta itu med problemen direkt</i>	38

<i>Bättre rutiner</i>	38
Mammas lärande.....	39
<i>Mammas ökade förståelse</i>	39
<i>Mammas ökade kunskap</i>	39
Sammanfattning.....	40
Diskussion	43
Gruppterapi snarare än familjeterapi	43
Upplevelsen av behandlingsutfallet.....	43
Föräldradeltagande med genusproblematik.....	44
Faktorer som kan tolkas som betydelsefulla för utfallet.....	45
<i>Upplevt behov av behandling</i>	45
<i>Genomförande av uppgifter</i>	45
<i>Behandlingens längd</i>	46
Studiens begränsningar	47
<i>Urval</i>	47
<i>Datainsamling</i>	48
<i>Analys och resultat</i>	49
Framtida forskning	49
Referenser	51
BILAGA 1.	
BILAGA 2.	
BILAGA 3.	
BILAGA 4.	
BILAGA 5.	

Inledning

Idag beräknas 1-3 % av världens barn och ungdomar vara drabbade av bipolär sjukdom (Birmaher, 2013). Sjukdomen, som ibland även kallas manodepressiv sjukdom, finns bland både minderåriga och vuxna och kan i allmänna ordalag beskrivas som skiftningar i sinnesstämning, energi och aktivitet som skiljer sig från individens normala känsloliv och beteende (Birmaher, 2013; Carr, 2009). Skiftningarna innebär starka emotionella tillstånd som uppträder i distinkta tidsperioder, så kallade episoder. För att säkerställa diagnosen bipolär sjukdom krävs att varje affektiv episod innebär en kraftig och tydlig förändring i jämförelse med normaltillståndet. Till skillnad från normala upp- och nergångar i humör och energi ska förändringarna således vara ihållande, pågå under större delen av dagen, och under flera dagar inom en och samma sjudagarsperiod (Birmaher, 2013; Carr, 2009). Dock tyder flera forskningsstudier på att barn och ungdomar, i jämförelse med vuxna, vanligen upplever symtomen mer frekvent, med mer blandade episoder och med snabbare och fler humörsvängningar (Birmaher, 2013).

Forskningsöversikter visar att väl genomförda tvillingstudier indikerar att genetiska faktorer står för runt 50 %, eller mer, av sjukdomens etiologi (Carr, 2009; Birmaher, 2013). Det innebär att bipolär sjukdom är en av de mest ärftliga psykiatriska sjukdomarna (Birmaher, 2013). I sin översiktsartikel rapporterar Birmaher (2013) vidare att en förälder med denna diagnos ökar risken för att även barnet utvecklar sjukdomen med 10-25 %. Risken ökar ytterligare om bägge föräldrarna utvecklat bipolär sjukdom. Dessa forskningsresultat pekar på ett behov att tidigt uppmärksamma och behandla eventuella symptom på bipolär sjukdom hos barn och unga inom riskzonen. Sjukdomen innebär nämligen i regel en svår livssituation för den enskilde individen och dennes omgivning.

Flera översiktsartiklar rapporterar att bipolär sjukdom hos barn och ungdomar är förknippad med en ökad risk för samsjuklighet, missbruk, självskade- och självmordsbeteende, samt negativa psykosociala konsekvenser som försämrade familje- och kamratrelationer samt försämrade skolprestationer (Birmaher, 2013; Fristad & MacPherson, 2014; Weinstein, West & Pavuluri, 2013). Exempelvis jämförde Geller et al. (2000) en grupp barn och ungdomar med bipolär fenotyp med en grupp barn och ungdomar med ADHD respektive en kontrollgrupp och konstaterade att gruppen med bipolär fenotyp led av fler och kraftigare psykosociala besvär än de båda andra grupperna. Senare undersökte Goldstein et al. (2009) de psykosociala funktionsnedsättningarna bland barn och ungdomar med bipolär sjukdom ytterligare. De fann att de psykosociala besvären var större i gruppen ungdomar än barn. De fann även att de psykosociala funktionsnedsättningarna var kraftigare under

affektiva episoder, vilket var väntat, men att en betydande del av problemen kvarstod även mellan episoderna. Dessa besvär gällde särskilt relationen till familjemedlemmar och jämnåriga. Goldstein et al. (2009) menar därför att det är viktigt att insatser riktade till dessa barn och ungdomar inte enbart syftar till att reducera symtom, och förhindra återfall, utan även fokuserar på att förbättra det psykosociala fungerandet.

Med tanke på de negativa psykosociala konsekvenserna som bipolär sjukdom ofta medför finns det ett stort behov av effektiva behandlingsinsatser för unga med denna diagnos. Idag rekommenderas en kombination av farmakologisk och psykosocial behandling för barn och ungdomar med bipolär sjukdom av såväl myndigheter som experter på området (Carr, 2009; Fristad & MacPherson, 2014; Socialstyrelsen, 2010; Washburn, West & Heil, 2011). Psykofarmaka uppfattas som den primära behandlingen men kompletterande psykosocial behandling, i någon form, anses nödvändig för att nå goda behandlingsresultat (Carr, 2009; Washburn et al., 2011). Anledningen är att psykosociala besvär och symtom kan kvarstå även efter att den medicinska behandlingen börjat ge effekt. En familjemedlem som har drabbats av bipolär sjukdom innebär ofta en stor belastning för övriga familjemedlemmar vilket kan leda till onda cirklar i form av konflikter och irritation som ger nya episoder av sjukdomen. De psykosociala behandlingarna inbegriper därför i de flesta fall även någon form av utbildning och stöd till familjen.

En av dessa psykosociala behandlingar för barn och ungdomar med bipolär sjukdom och deras familjer är Barn och familjefokuserad kognitiv beteendeterapi (BFF-KBT), även kallad RAINBOW. RAINBOW har i en handfull studier befunnits effektiv i form av minskade psykosociala problem och en minskning av vissa affektiva symtom (Fristad & MacPherson, 2014; Weinstein, West & Pavuluri, 2013). Då forskningen på RAINBOW hittills främst är baserad på kvantitativa kvasi-experimentella studier gäller resultaten primärt på gruppnivå. Det finns dock studier gjorda på individuell nivå som visar på betydande skillnader i behandlingseffekt mellan olika individer (Bäckstöm & Lecerof, 2012). Vad dessa skillnader kan bero på samt vilka faktorer som påverkar behandlingsutfallet i RAINBOW-behandlingen har ännu så länge inte undersökts. Ytterligare forskning kring dessa aspekter är därför angelägen.

Mot denna bakgrund är avsikten med den här uppsatsen att bidra till ökad kunskap om hur RAINBOW-behandlingen påverkar deltagarna, sett ur deras eget perspektiv. Mer specifikt är intentionen att bidra med nya insikter kring vilka faktorer och processer som påverkar utfallet av RAINBOW-behandlingen, och vilken typ av utfall som genereras av behandlingen,

genom att på ett explorativt och öppet sätt närma sig deltagarnas egna upplevelser från behandlingen.

Vad som i allmänhet menas med processer och utfall är inte självklart. I föreliggande uppsats används begreppet processer i bemärkelsen händelser i, och under, behandlingen som verkar påverka deltagarnas upplevelse av behandlingen och dess utfall. Med begreppet utfall menas i denna uppsats alla former av resultat som kan antas vara en följd av behandlingen som deltagarna genomgått, oavsett på förhand uppställda mål eller klinisk relevans.

Litteraturoversikt

I följande avsnitt kommer kunskapsläget och aktuell forskning kring diagnosen bipolär sjukdom bland barn och ungdomar, kontroverserna kring diagnosen i dessa åldersgrupper samt behandling av barn och ungdomar med bipolär sjukdom att presenteras översiktligt. Därefter ges en kort beskrivning av RAINBOW och slutligen redogörs för tidigare forskning avseende psykosocial behandling för barn och ungdomar med bipolär sjukdom.

Diagnosticering av bipolär sjukdom hos barn och ungdomar

Bipolär sjukdom (bps) kan definieras som förekomsten av episoder av mani, eller hypomani, med eller utan episoder av depression. Hos barn och ungdomar, liksom hos vuxna individer med bps, kännetecknas maniska episoder av förändringar i såväl sinnesstämning som beteende (Birmaher, 2013; Carr, 2009). Sinnesstämningen påverkas exempelvis genom att individen känner sig upprymd, larvig och barnslig eller ovanligt lättretad och irriterad (Carr, 2009). Exempel på beteendeförändringar är minskat behov av sömn, ovanlig pratsamhet, skenande tankar, svårigheter med koncentration och uppmärksamhet, ovanligt mycket tankar och prat om sex, risktagande, njutningssökande och ökad aktivitet. Vid hypomani framträder symtom som vid mani men under mindre kraftfulla och omfattande former. Symtomen uppträder vanligtvis under kortare tidsperioder och har mindre allvarliga konsekvenser (Carr, 2009).

Även depressiva episoder innebär, i de flesta fall, förändringar i både sinnesstämning och beteende (Birmaher, 2013; Carr, 2009). Under depressiva episoder upplever den drabbade en ihållande nedstämdhet, tappat intresse för aktiviteter som tidigare gav upphov till intresse och glädje samt känslor av värdelöshet och skuld (Carr, 2009). Exempel på beteendeförändringar under depressiva episoder är klagomål på olika typer av smärta, ökad eller minskad aptit, eventuellt med åtföljande viktökning eller viktninskning, sömnproblem

eller ökat sömnbehov, minskad aktivitet och återkommande tankar på döden och självmord (Carr, 2009).

Bps-diagnoser för barn och ungdomar följer samma uppdelning i fyra subtyper som anges för vuxna i DSM-manualen: bipolärt syndrom I, II, cyklotymi och bipolärt syndrom utan närmare specifikation (UNS). Bipolärt syndrom I innebär perioder av mani och egentlig depression, bipolärt syndrom II innebär perioder av hypomani och egentlig depression och medan tredje subgruppen, cyklotymi, innebär perioder av hypomani och mild depression. Den fjärde subtypen, bipolärt syndrom UNS, innebär att de maniska och depressiva symtomen inte motsvarar kriterierna enligt någon av de övriga tre subtyperna av bps. Bipolärt syndrom UNS kan exempelvis innebära att individen lider av perioder av både maniska och depressiva symtom under en och samma vecka, så kallad blandad episod. (För en närmare beskrivning av de olika diagnoskriterierna i DSM-IV se bilaga 1). Även om symtomen skiljer sig i gradstyrka mellan de olika subtyperna kan konsekvenserna av sjukdomen vara minst lika allvarliga. Flertalet studier visar till exempel på att barn och ungdomar drabbade av bipolärt syndrom UNS lider av lika mycket funktionsnedsättning, samsjuklighet, självmordsbenägenhet, missbruk och familjebakgrund med depression som de som diagnosticerats med den klassiska versionen av bps, det vill säga bipolärt syndrom I (Birmaher, 2013). Detta överensstämmer väl med resultatet i ovan refererade studie av Goldstein et al. (2009) kring psykosociala funktionsnedsättningar bland barn och ungdomar med bps.

En omstridd och svårdiagnosticerad sjukdom

Att tillämpa samma DSM-manual för såväl barn som vuxna vid diagnosticering av bps är emellertid inte helt oproblematiskt. Vid mitten av 1990-talet publicerades forskningsartiklar som hävdade att bps framträder på ett annorlunda sätt bland barn och ungdomar jämfört med hos vuxna. Forskarna bakom dessa artiklar menade därför att syndromet var underdiagnosticerat i gruppen barn och ungdomar (Washburn et al., 2011). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry publicerade kort därefter kliniska riktlinjer för behandling av barn och ungdomar med bps varefter diagnosticeringen sköt fart, framförallt i USA (Washburn et al., 2011).

Sedan millennieskiftet har det pågått en tidvis häftig debatt om hur diagnosen bps ska definieras och användas för barn och ungdomar. Oenigheten har framförallt rört vilka symtom som ska ingå i diagnosen när den används på barn och ungdomar (Birmaher, 2013; Carr, 2009; Washburn et al., 2011). Debattörerna kan delas in i förespråkare för en ”smal” respektive ”bred” definition av diagnosen. I en smal definition ingår endast återkommande

episoder av egentlig depression och mani med inslag av upprymdhet och grandiositet. Detta motsvarar i princip subtypen bipolär sjukdom I (Carr, 2009; Washburn et al., 2011). I en bred definition inkluderas även atypiska och kortvariga symtom samt mindre tydliga och omfattande symtom i diagnosen, exempelvis individer som lider av hypervigilans (eng. hyperarousal) och betydande besvär att reglera sitt humör (Carr, 2009; Washburn et al., 2011). En bred definition av bps innebär i praktiken att diagnoserna bipolärt syndrom II, cyklotymi respektive UNS används i större utsträckning. Kravet är dock att symtomen uppträder episodiskt. Detta är viktigt eftersom det just är symtomens episodiska karaktär som antas skilja bps från symptomatologiskt närliggande diagnoser som exempelvis störande humördysregleringssyndrom (eng. disruptive mood dysregulation disorder) (Birmaher, 2013). För en mer detaljerad redogörelse kring forskningsläget och de kontroversiella delarna i diagnosen bipolär sjukdom för gruppen barn och ungdomar se Birmahers (2013) artikel.

Även med enighet kring definitionen av diagnosen är det dock ofta svårt att diagnosticera misstänkt bps hos barn och ungdomar (Birmaher, 2013; Washburn et. al, 2011). Birmaher (2013) räknar upp fem försvårande omständigheter vid diagnosticeringen: (1) utvecklingsmässiga skillnader i hur sjukdomen framträder med mer klassiska, tydliga symtom hos ungdomar och mer blandade episoder med snabbt skiftande humör hos barn, (2) barn och ungdomars kognitiva och emotionella omogenhet gör det svårt för dem att sätta ord på känslor, vilket leder till svårigheter att identifiera vissa symtom (exempelvis kan barn hävda att de är uttråkade när en vuxen individ skulle benämna samma tillstånd som ledsnad eller olust), (3) överlappande symtom med andra diagnoser (exempelvis ADHD och beteendestörningar som trotsyndrom eller uppförandestörning), (4) samsjuklighet (som är vanlig bland individer med bps), (5) maniska symtom tolkas olika av behandlare och utredare både inom och mellan länder.

Behandling av barn och ungdomar med bipolär sjukdom

Även om farmakologisk behandling, vanligen litium, är förstahandsvalet vid behandling av bps anses psykosocial behandling med inslag av familjeinriktad psykoedukation vara ett mycket viktigt tillägg (Washburn et al., 2011). Sjukdomens komplexitet, dess vanligen kroniska förlopp och en hög frekvens av samsjuklighet kräver nämligen, enligt de flesta bedömare, en kombination av farmakologisk och psykosocial behandling för ett positivt utfall. Ett multimodalt angreppssätt rekommenderas därför vid behandling av barn och ungdomar med bipolär sjukdom (Carr, 2009; Fristad & MacPherson, 2013; Socialstyrelsen, 2010; Washburn et al., 2011).

Farmakologisk behandling. Socialstyrelsen rekommenderar antipsykotiska läkemedel och antiepileptika, eller litium, vid maniska episoder för barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2010). Litium har det starkaste och mest omfattande forskningsunderstödet. Litium ger även fördelen att den vanligtvis ger relativt god effekt på både maniska och depressiva symtom. Ungefär 50 % av barn och ungdomar med bps svarar emellertid inte på enbart litium, utan flera typer av psykofarmaka behöver tillämpas samtidigt (Carr, 2009; Washburn et al., 2011). Ett av problemen med dessa läkemedel är att de kan medföra en rad mer eller mindre allvarliga biverkningar, exempelvis är det vanligt med viktuppgång, klåda och känslomässig avtrubning (Carr, 2006). Litium kräver även noggrann medicinsk uppföljning och återkommande kontroller då ett överintag kan vara skadligt för njurarna. Risken för besvärande bieffekter bidrar till svårigheten att förmå patienterna att upprätthålla rutinerna kring den farmakologiska behandlingen (Carr, 2006). Ett annat problem med psykofarmaka är svårigheten med att finna rätt kombination och dosering av läkemedel, vilket vanligen leder till långa utredningar och många sjukvårdsbesök. Farmaka är dock viktig vid behandlingen av bps, både för att reducera maniska och depressiva symtom i en akut fas och för att långsiktigt förebygga återfall (Carr, 2006). Litium och antiepileptika, enskilt eller i kombination, har nämligen visat sig hindra ett snabbt återinsjuknande i upp till 70 % av fallen medan 90 % av dem som inte regelbundet följer den medicinska behandlingen snabbt återfaller (Carr, 2009). Effektiviteten i den farmakologiska behandlingen har emellertid visat sig variera i hög grad vilket ytterligare befäster behovet av en stödjande, psykosocial behandling (Washburn et al., 2011; Weinstein et al., 2013).

Psykosocial behandling. Den psykosociala behandlingen omfattar i de flesta fall någon form av familjeinriktad psykoedukation och träning i problemlösning och kommunikation (Carr, 2006). Syftet med den psykosociala behandlingen är framförallt att stärka familjens förmåga att ge det drabbade barnet eller ungdomen stöd (Carr, 2006; Washburn et al., 2011). Det var dock först i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet som manualiserade, diagnosspecifika, behandlingar började utvecklas och utvärderas (Washburn et al., 2011). Med manualiserad behandling menas att det finns en nedskrivna manual för vilka interventioner som ska ingå i behandlingen och ungefär i vilken ordning behandlaren ska införa dem under processens gång (Egidius, 2008). Trots den fortlöpande och ökande aktiviteten inom området finns fortfarande idag endast ett mindre antal slutförda så kallade RCT-studier (eng. Randomized Controlled Trials). Fristad och MacPherson (2014) publicerade nyligen en översiktsartikel över effektstudier av psykosociala behandlingar för barn och ungdomar med bps och fann endast 13 effektstudier (varav 5 RCT-studier) av

varierande kvalitet. De tre manualiserade behandlingsmetoder med mest forskningsstöd är, enligt Fristad och MacPherson, Familjefokuserad terapi för ungdomar (FFT-Adolescents), Multifamiljs Psykoedukativ Psykoterapi (MF-PEP) och Barn- och familjefokuserad kognitiv beteendeterapi (RAINBOW). Utöver dessa behandlingsmetoder finns det även visst forskningsstöd för individuell kognitiv beteendeterapi, dialektisk beteendeterapi, interpersonal and social rhythm therapy (Weinstein et al., 2013; Fristad & MacPherson, 2014).

De manualiserade psykosociala behandlingarna för barn och ungdomar med bps som idag har stöd i effektstudier är mycket lika varandra och delar ett flertal komponenter (Weinstein et al., 2013; Fristad & MacPherson, 2014). Alla dessa behandlingar har utvecklats som ett komplement till den farmakologiska behandlingen och flera av dem riktar sig till hela familjen. Samtliga består av psykoedukation kring bakgrund, uppkomst (etiologi), förlopp, risk- och skyddsfaktorer, karaktären på symtom samt vikten av den farmakologiska behandlingen. Vidare innehåller de träning av färdigheter i kommunikation, problemlösning och emotionsreglering. Slutligen omfattar de alla även någon form av insatser för återfallsprevention och hantering av sjukdomen (Weinstein et al., 2013; Fristad & MacPherson, 2014). Det som däremot skiljer de olika inriktningarna åt är deras huvudsakliga behandlingsfokus. FFT-Adolescents fokuserar exempelvis i högre grad på relationerna inom familjen medan MF-PEP framförallt är inriktad på färdighetsutveckling med hjälp av KBT-tekniker (Carr, 2009; Weinstein et al., 2013). RAINBOW:s särskiljande drag är att integrera bägge dessa områden, familjefokus och färdighetsträning. Behandlingen sker genom ett intensivt arbete med att parallellt tillgodose barnens och föräldrarnas terapeutiska behov med stöd i kompletterande tekniker från mindfulness, positiv psykologi och interpersonell terapi (West & Weinstein, 2012; Weinstein et al., 2013). Nedan beskrivs RAINBOW mer ingående eftersom denna behandlingsmodell utgör uppsatsens problemområde.

Barn- och Familjefokuserad-KBT – RAINBOW. Barn- och familjefokuserad kognitiv beteendeterapi (BFF-KBT) utvecklades av bland annat Paluvari och är anpassad för barn i åldern 7 till 13 år och deras familjer (Weinstein et al., 2013)¹. Behandlingen kallas ofta RAINBOW, där psykoedukation integreras med tekniker från kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi. RAINBOW är utvecklad mot bakgrund av tre forskningsfynd: 1) barn och ungdomar med bps lider av en dysfunktion i de neurala system som processar och formar emotioner, 2) hos yngre individer framträder ofta bps genom blandade episoder med snabba humörväxlingar och samsjuklighet, 3) bps skapar psykosociala problem som ofta påverkar

¹ Det finns även uppgifter om att RAINBOW utvecklats för andra åldersgrupper (West, Henry & Pavuluri, 2007).

familjeklimatet negativt (Weinstein et al., 2013; West & Weinstein, 2012). Behandlingen syftar till att förbättra barnets förmåga till problemlösning och kommunikation samt till att hjälpa föräldrarna att förbättra klimatet i familjen och utveckla strategier för att stödja barnet (Weinstein et al., 2013).

Kärnan i Barn- och Familjefokuserad KBT och akronymen RAINBOW. BFF-KBT är organiserad kring sju behandlingskomponenter som tillsammans bildar akronymen RAINBOW i dess engelskspråkiga version (Pavuluri et al., 2004; West & Weinstein, 2012). ”R” står för rutin (*Routine*) och har som mål att underlätta affektreglering och minska styrkan i symtomen. Rutinerna kan gälla måltider, sömn, medicinering etc. ”A” står för affektreglering (*Affect regulation*) och målet för denna komponent i behandlingen är att erbjuda undervisning kring den neurokemiska bakgrunden till symtomen, förmedla kunskap om affekter och lära ut strategier för att hantera dem. ”I” står för inre styrka (*I can do it!*). Denna delkomponent handlar om att öka patientens, och föräldrarnas, tro på den egna förmågan att hantera sjukdomen och dess konsekvenser. ”N” står både för att hantera negativa tankar och att öka förmågan att leva i nuet (*No negative thoughts and live in the Now!*). Inslag i denna delkomponent är KBT-tekniker som kognitiv omstrukturering och mindfulness. ”B” står för att vara en bra kompis och att föräldrarna får en balanserad livsstil (*Be a good friend and Balanced lifestyle for parents*). För barnens/ungdomarnas del handlar komponenten om att utveckla sina sociala färdigheter. I föräldrarnas parallella delkomponent handlar det om att hitta möjligheter att återhämta sig själva, att skapa en så kallad balanserad livsstil, för att orka stödja sitt barn. ”O” står för utveckling av patienternas och föräldrarnas problemlösningsförmåga (*Oh, how can we solve the problem?*). Föräldrarna uppmanas bland annat att se sina barn/ungdomar som samarbetspartners i problemlösningsprocessen. ”W”, slutligen, står för att bryta skammen över sjukdomen och lösa upp hinder i det sociala nätverket (*Ways to Get Support*). Målet är att motverka isolering (Pavuluri et al., 2004; West & Weinstein, 2012).

Barn- och Familjefokuserad-KBT/RAINBOW i gruppformat. BFF-KBT/RAINBOW utvecklades ursprungligen som en behandling för enskilda familjer (Pavuluri et al., 2004). Under 2000-talet utvecklades även en gruppversion av RAINBOW där föräldrar och deras barn/ungdomar gavs möjlighet att gå behandlingen tillsammans med andra i samma situation (West et al., 2009; West & Weinstein, 2012). Gruppversionen utvecklades med målet (1) att skapa möjligheter för föräldrar att ge varandra stöd och utbyta erfarenheter, och (2) att ge möjlighet för barnen/ungdomarna att öva sociala färdigheter och få en positiv

social upplevelse genom behandlingsgruppen (West et al., 2009). Det är just gruppversionen av RAINBOW som står i fokus för den här uppsatsen.

RAINBOW i gruppformat är särskilt lämpad för barn och ungdomar med mildare symtom och med goda erfarenheter av psykosociala behandlingar sedan tidigare (West & Weinstein, 2012). För barn/ungdomar med medelsvåra till kraftiga symtom och där tidigare psykosociala behandlingar inte har varit effektiva kan dock RAINBOW för enskilda familjer vara ett nödvändigt val, baserat på klinisk erfarenhet (West & Weinstein, 2012). Sådana svårare fall behöver emellertid inte utesluta behandling i grupp. Tvärtom menar West och Weinstein (2012) att gruppformatet ger goda möjligheter att öva sociala färdigheter och därför kan användas som komplement till individuell eller enskild familjebehandling när barnet/ungdomen har stora interpersonella problem (West & Weinstein, 2012).

Gruppversionen administreras, liksom ursprungsversionen med enskilda familjer, under en tremånadersperiod med 12 veckovisa 90-minuterssessioner. Till skillnad från ursprungsversionen, är föräldrar och barn/ungdomar emellertid separerade i två parallella behandlingsgrupper. Föräldrar och barn behandlas således inte i samma rum, såsom annars är brukligt i vanlig familjeterapi. I gruppformatet förlängs delar av behandlingen över flera sessioner för att möjliggöra grupp-, rollspelsövningar och diskussioner men för övrigt är innehållet i princip detsamma som i ursprungsversionen (för en utförligare översikt av gruppbehandlingens upplägg och innehåll, se bilaga 2). I gruppversionen avslutas varje session med en återsamling där barn/ungdomsgruppen informeras om vad föräldragruppen gjort under sessionen och vice versa.

Tidigare forskning om psykosocial behandling

Psykosociala behandlingar för barn och ungdomar med bps har visat sig vara effektiva i ett flertal studier (Fristad & MacPherson, 2014; Miklowitz, 2008; Weinstein et al., 2013). Forskningsöversikter visar dock att det finns en betydande variation i utfallet när det gäller psykosocial behandling för individer med bps. Skillnaderna finns både mellan olika deltagare och mellan skilda behandlingstyper (Miklowitz, 2008; Miklowitz et al., 2009), särskilt när det gäller kvarvarande maniska och depressiva symtom (Miklowitz et al., 2009; Weinstein et al., 2013). Vad skillnaderna kan bero på är dock ännu oklart eftersom det i dagsläget inte finns så många studier som genomförts med fokus på villkoren för olika behandlingsutfall (Miklowitz, 2008; Miklowitz et al., 2009; Weinstein et al., 2013). För ett optimalt behandlingsresultat är det emellertid värdefullt att förstå behandlingens villkor och identifiera dess hjälpsamma komponenter (West et al., 2009). I framtida studier är det därför viktigt att identifiera hur, för

vem, och under vilka omständigheter en viss behandling fungerar (Fristad & MacPherson, 2014; MacPherson et al., 2014; Miklowitz et al., 2009; Weinstein et al., 2013).

Bland de få studier som finns med fokus på relationen mellan processer och utfall har det bland annat visat sig att ökad kunskap om bps är en betydelsefull verksam faktor i MF-PEP-behandling. Detta framkom när Medenhall et al. (2009) genomförde en analys av data som samlats in vid en tidigare studie på MF-PEP. När relationen mellan processer och utfall analyserades framgick det att föräldrar som genom behandlingen fick ökad kunskap om sjukdomen också blev bättre på att söka stöd inom hälso- och sjukvårdssystemet. Som en följd av föräldrarnas stärkta agenskap minskade även styrkan i barnens affektiva symtom genom att barnen fick mer anpassad hjälp.

Forskning har också visat att graden av så kallad *expressed emotion* (sv. uttryckt känsla) verkar spela en viktig roll för behandlingens utfall (Miklowitz et al., 2009). Med *expressed emotion* menas i vilken utsträckning familjemedlemmarnas förhållningssätt och attityd till varandra präglas av kritik, fientlighet och emotionell överinvolvering. Emotionell överinvolvering handlar om i vilken mån närheten i relationen är belastande, exempelvis om en förälder ofta reagerar mycket starkt på vad barnet/ungdomen gör, säger eller känner. Miklowitz et al. (2009) kunde i en studie på behandlingstypen FFT-Adolescents visa att en högre grad av *expressed emotion* före behandlingen korrelerade positivt med en större behandlingseffekt för experimentgruppen vid en jämförelse med kontrollgruppen. Denna skillnad mellan experimentgrupp och kontrollgrupp förelåg dock inte när familjerna hade låg grad av *expressed emotion* före behandlingen. Detta talar för att familjefokuserad behandling är särskilt effektiv när patienten ingår i en familj med hög grad av *expressed emotion* (Miklowitz et al., 2009).

Därutöver finns det även studier som tyder på att det finns samband mellan behandlingseffekt och grad av svårigheter hos barnet och ungdomen. MacPherson et al. (2014) analyserade data insamlat vid en tidigare studie på MF-PEP och fann att barn med högre grad av global funktionsnedsättning och med en historia av stress/trauma svarar bättre på behandling än barn med mindre svårigheter i dessa avseenden. Med global funktionsnedsättning menas barnets generella psykosociala fungerande i familjen, i kamratrelationer och i skolan. Enligt MacPherson et al. (2014) skulle resultatet från deras studie kunna förstås som att barn med sämre fungerande och större problem vid behandlingens början har större utvecklingspotential när det gäller behandling med MF-PEP.

Effektstudier av behandling enligt RAINBOW-modellen. När det gäller RAINBOW finns det ännu inga studier som specifikt har studerat dess verkamma mekanismer och andra faktorer som påverkar behandlingsutfallet. De få effektstudier som har gjorts visar dock generellt på goda behandlingsresultat och att deltagarna känner sig nöjda med insatserna. Bland de tidigaste forskningsresultaten från RAINBOW-behandling av enskilda familjer kunde det till exempel konstateras att flera symtom hade minskat som uppmärksamhetsproblem, aggression, mani, psykos, depression och sömnproblem (Paluvari et al., 2004). Även i en pågående RCT-studie av RAINBOW för enskilda familjer pekar de preliminära resultaten i samma riktning, det vill säga, deltagande i RAINBOW-behandling medför en signifikant förbättring av affektiva symtom jämfört med kontrollgruppen (West & Weinstein, 2012).

Det finns även effektstudier som gjorts på RAINBOW i gruppformat, varav den första studien genomfördes av West et al. (2009) i USA. Urvalet utgjordes av barn i åldrarna 6 till 12 år och deras föräldrar. Enligt föräldrarnas skattningar hade behandlingen bidragit till tydliga förbättringar i barnens maniska symtom och psykosociala fungerande. Barnens skattningar av det egna psykosociala fungerandet visade dock inte på några signifikanta skillnader före respektive efter behandlingen. En möjlig förklaring till skillnaden i skattningarna mellan föräldrar och barn kan vara att barnen redan före behandlingen ansåg sig fungera bättre än deras föräldrar menar West et al. (2009).

Även i Sverige har det genomförts en effektstudie på RAINBOW-behandlingen i gruppformat som visar på intressanta resultat. I studien som genomfördes av Bäckström och Lecerof (2012) bestod urvalet av en grupp ungdomar, 14 till 17 år gamla, och deras föräldrar. Även om resultatet visade att behandlingsmodellen var genomförbar, acceptabel och tillfredställande för deltagare i Sverige, fanns det ändå betydande individuella skillnader i skattad behandlingseffekt (Bäckströms & Lecerofs, 2012). Liksom i den tidigare presenterade studien av West et al. (2009), förekom det också en anmärkningsvärd skillnad i föräldrarnas och ungdomarnas skattningar. Enligt föräldrarna i Bäckströms och Lecerofs (2012) undersökning hade behandlingen förbättrat ungdomarnas psykosociala fungerande medan ungdomarnas egna skattningar var oförändrade före och efter behandlingen. Samma mönster upprepades med avseende på *expressed emotion*, såtillvida att föräldrarnas skattningar generellt visade på en minskning medan ungdomarnas skattningar var oförändrade före och efter behandlingen. Däremot var föräldrarna och ungdomarna samstämmiga i sina skattningar av de depressiva och maniska symtomen som visade sig vara (statistiskt sett) oförändrade före och efter behandlingen (Bäckströms & Lecerofs, 2012)

Sammanfattning av forskning kring psykosocial behandling. Verksamma mekanismer och faktorer som påverkar behandlingsutfallet har än så länge studerats sparsamt när det gäller psykosociala behandlingar för barn/ungdomar med bps. Studier genomförda på behandlingsmodeller som liknar RAINBOW visar att (1) föräldrarnas ökade kunskap om sjukdomen kan påverka möjligheten att få effekt av insatser som riktas till deras barn, (2) lägre grad av globalt fungerande och högre grad av stress/trauma hos barnet/ungdomen ger bättre förutsättningar att få effekt av behandlingen, (3) högre nivå av *expressed emotion* inom familjen före behandlingen gav ökade möjligheter till förbättring under behandlingens gång. Effektstudier av behandling enligt RAINBOW-modellen för barn och ungdomar med bps visar att behandlingen är effektiv på gruppnivå men att det finns stora individuella skillnader i deltagarnas respons på behandlingen.

Syfte och frågeställningar

Ingen studie kring verksamma mekanismer och faktorer som påverkar utfallet i behandling enligt RAINBOW-modellen har ännu genomförts. Än så länge finns det heller inte någon explorativ studie som undersöker hur behandlingen upplevs av patienterna själva eller om behandlingen är verksam över tid. Med utgångspunkt i gruppbaserad RAINBOW-behandling är syftet med denna studie därför att belysa hur patienter upplever behandlingen med fokus på dess processer och utfall. Baserat på ungdomars erfarenheter av RAINBOW ca 10 månader efter avslutad behandling kommer följande tre forskningsfrågor att besvaras:

- Vilken betydelse har RAINBOW haft för deltagarna under behandlingens gång?
- Vilket utfall upplever deltagarna att behandlingen resulterat i?
- Vilka faktorer verkar vara betydelsefulla för att förstå behandlingens utfall?

Metod

För att uppfylla syftet med studien krävdes att deltagarna fritt fick sätta ord på sina upplevelser. Intervjuforskning är särskilt lämpad för sådana ändamål och därför valdes en kvalitativ metodansats. Inom den kvalitativa forskningstraditionen används en rad olika metoder. Gemensamt för metoderna är att de (vanligen) syftar till att undersöka hur individer skapar mening i sin tillvaro eller av händelser (Willig, 2013). Forskare som använder

kvalitativa metoder är intresserade av kvalitén och nyanserna i deltagarnas upplevelser. Fördefinierade variabler undviks för att deltagarnas redogörelser inte ska tvingas in i kategorier och formuleringar som skapats ur redan existerande teori. Deltagarnas egna uppfattningar och förståelse förväntas leda till möjligheten att förklara och förstå studieobjektet på nya sätt (Willig, 2013).

För att försöka identifiera tänkbara orsaker till, eller förutsättningar för, olika behandlingsutfall valdes grundad teori som analysmetod för materialet. Grundad teori erbjuder verktyg för att identifiera både kategorier i materialet och undersöka kopplingar och relationer mellan identifierade kategorier (Willig, 2013). Tweed och Charmaz (2012) konkretiserar metodens möjligheter inom det psykiatriska fältet ytterligare:

...grounded theory methods foster specifying the implications of changes in social settings and situations where the studied phenomenon occurs as well as delineating the conditions under which it arises, is maintained, or varies. (s. 134)

Grundad teori

Grundad teori är det idag mest frekvent använda ramverket för analys av kvalitativa data (Bryman, 2012). Grundad teori lanserades 1967 genom boken *The Discovery of Grounded Theory* av metodens upphovsmän, sociologerna Barney Glaser och Anselm Strauss (Willig, 2013). Metoden utvecklades i protest mot den vid tidpunkten positivistiska dominansen inom sociologin. Till skillnad från den positivistiska forskningstraditionen som vanligen utgår från redan existerande teorier och begrepp (deduktion), ville de finna en metod som hjälpte dem att låta nya teorier växa fram, och grundas, i data (induktion) (Charmaz, 2006; Willig, 2013). Grundad teori är både en metod och ett resultat (Willig, 2013). Grundad teori som metod är ett verktyg för att identifiera och integrera kategorier i någon form av kvalitativ data. Grundad teori som resultat är slutprodukten av analysen som i bästa fall skapar ett slags förklarande ramverk kring det fenomen som studeras.

Grundad teori utvecklades ursprungligen som ett verktyg för att förtydliga och förklara sociala processer och deras konsekvenser i en viss given kontext (Willig, 2013). För att göra detta förordar metodens teoretiker och praktiker att användare bör arbeta utifrån ett cykliskt, iterativt, förfaringssätt genom vilken data och analyser i början av processen präglar och styr senare datainsamling och analys (Charmaz, 2006; Willig, 2013). Denna pendling mellan datainsamling och analys bör sedan pågå till dess att en ”mättnad” uppstår. Med mättnad menas att ny data och nya analyser inte längre tillför, eller förändrar, de kategorier

och relationer som redan etablerats i processen. Denna version av metoden kallas fullskalig grundad teori. Den fullskaliga versionen av metoden är en öppen process, det vill säga det finns inget tydligt slut som kan planeras på förhand, när så kallad mättnad uppstått. Detta gör att forskningsprojekt baserade på den fullskaliga versionen av grundad teori ofta är mycket tidskrävande. Då föreliggande studie genomförts inom ramen för ett examensarbete vid institutionen för psykologi vid Lunds universitet fanns inte möjlighet, eller resurser, för att genomföra en fullskalig version av metoden. Istället har den förkortade versionen av grundad teori använts. Den förkortade versionen innebär att metoden används för att analysera data som samlats in vid endast ett tillfälle (Willig, 2013). En förkortad version av grundad teori innebär vidare att endast vissa delar av metoden används, framförallt kodningsförfarandet, konstant jämförande analys och memoskrivande vilka beskrivs längre fram.

En kritik som framförts mot grundad teori gäller just det induktiva tillvägagångssättet (Willig, 2013). Induktion innebär att empiriska observationer ger upphov till nya idéer och förklaringsmodeller. Detta innebär i sin tur att observationer är beroende av betraktarens perspektiv och förförståelse. Kritiken mot grundad teori har gått ut på att metoden inte tar tillräcklig hänsyn till forskarens roll i processen. Mot bakgrund av denna kritik valdes Charmaz socialkonstruktionistiska version av grundad teori i föreliggande studie. Charmaz (2006) beskriver, i linje med den socialkonstruktionistiska utgångspunkten, att kategorier och teorier konstrueras genom forskarens interaktion med data. Resultatet av analysen ska betraktas som en möjlig tolkning, bland flera andra möjliga tolkningar, av det som studerats. Charmaz (2006) betonar vikten av reflexivitet under hela forskningsprocessen. Reflexivitet är en viktig del av modern kvalitativ forskning och avser att forskarens påverkan på forskningsprocessen, som person och teoretiker, erkänns och rapporteras ärligt och informativt (Willig, 2013). Med reflexivitet menas även att forskaren aktivt funderar över hur de egna reaktionerna på forskningskontexten och materialet skapar förutsättningar för vissa specifika tolkningar och insikter kring det som studeras (Willig, 2013).

Charmaz betraktar grundad teori som en samling principer och metoder som bör användas på ett flexibelt och självständigt sätt av forskaren, "I view grounded theory methods as a set of principles and practices, not as prescriptions or packages" (Charmaz, 2006, s. 9). Föreliggande studie har genomförts med inspiration av denna uppfattning. Metoderna och teknikerna i grundad teori har använts på det sätt som bäst har kunnat driva studien framåt och utveckla analysen av materialet.

Förförståelse

En viktig del av min förförståelse inför fenomenet som studerats är att jag befinner mig i slutet av mina psykologstudier vid Lunds universitet, vilket innebär att jag är väl insatt i både teoretiska och praktiska studier av psykoterapi. Förutom att jag själv genomgått psykoterapi som en del av utbildningen har jag bland annat genomfört egna psykoteraeutiska behandlingar under utbildningens praktikperiod och vid universitetets utbildningsmottagning. Genom mitt praktiserande har jag haft möjlighet att arbeta med både kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. Utifrån mina erfarenheter av psykoterapi är jag allmänt positivt inställd till sådana behandlingsmetoder oavsett inriktning.

Som blivande psykolog är jag också av uppfattningen att psykosociala insatser är effektiva och viktiga inom behandling av psykisk ohälsa. Jag har dock ingen direkt erfarenhet av att arbeta med patienter som lider av bipolär sjukdom. Jag har heller inte någon erfarenhet av att vare sig bedriva, eller delta, i gruppterapi. Arbetet med studien innebar därför även nya erfarenheter för mig vilket underlättade möjligheten till ett öppet förhållningssätt inför ämnet.

Trots att jag strävat efter att förhålla mig så öppen som möjligt genom hela arbetsprocessen är det sannolikt att min förförståelse påverkat mitt sätt att ta mig an ämnesområdet, genomföra intervjuer och tolka det framväxande resultatet. För att inte tidigare forskning och teorier på området skulle störa analysen av materialet genomfördes inläsningen på ämnesområdet i första hand efter att analysen av materialet var avslutad. Detta är en rekommendation som framförs av företrädare för grundad teori (Charmaz, 2006).

Kontext

Vid tidpunkten för genomförandet av studien erbjöds behandling enligt RAINBOW-modellen i Sverige endast vid Teamet för psykos och bipolära tillstånd, BUP i Lund. Därför gjordes urvalet av deltagare med nödvändighet bland patienter remitterade till just denna mottagning.

På Regions Skånes hemsida (<http://www.skane.se>) beskrivs Teamet för psykos och bipolära tillstånd i Lund som en specialiserad enhet med upptagningsområde i hela regionen. Teamet är ett specialistteam som bedriver behandling av ungdomar som drabbats av schizofreni, andra psykotiska tillstånd eller bipolära syndrom. Teamet består av läkare, psykologer, kurator och mentalskötare.

Till teamet remitteras vanligtvis ungdomar, med misstänkt psykotisk sjukdom eller bipolära syndrom, från den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården. Kontakten inleds med bedömning och utredning. Vid diagnos inom teamets specialitet erbjuds behandling på

en biopsykosocial grund med insatser som medicinering, föräldrastöd och psykologkontakt. Utgångspunkten i de insatser som erbjuds är familjeperspektiv, psykoedukation, färdighets- och hanterbarhetsträning. Färdighets- och hanterbarhetsträningen är inriktad på stress i relation till sårbarhet, risk- och friskfaktorer, kommunikation, mål och problemlösning. Stora delar av behandlingen förläggs i ungdomens hemmiljö medan exempelvis gruppbehandlingar vanligen sker på mottagningen.

Samtliga patienter som diagnosticeras med någon form av bipolär sjukdom enligt DSM-IV erbjuds att delta i behandling enligt RAINBOW-modellen (Jens Knutsson, leg. psykolog vid Teamet för psykos och bipolära tillstånd, personlig kommunikation, 26 juni 2014). Patienter med extrem emotionell instabilitet, autism och medelsvår eller svår utvecklingsstörning erbjuds dock inte just denna behandling med hänsyn till de krav som ställs på deltagarna under behandlingen.

Varje familj erbjuds även en kontaktperson som har till uppgift att lära känna patienten närmare och därigenom bland annat kan förmedla relevant information mellan vårdgivare och vårdtagare. Kontaktpersonen kan även ge patienten och familjen samtalsstöd vid behov.

Urval

Inklusionskriterier. Utifrån studiens mål ställdes fyra inklusionskriterier för deltagande i studien, att individen: (1) diagnosticerats med bipolär sjukdom, 2) deltagit i behandling enligt RAINBOW-modellen, (3) avslutat behandlingen mellan 6-12 månader före intervjutillfället, samt (4) skulle bedömas ha en tillräckligt god psykisk status för att kunna delta i studien utan fara för sin egen hälsa. De två förstnämnda urvalskriterierna är självklara utifrån syftet med studien. Det tredje urvalskriteriet valdes eftersom 6-12 månader efter avslutad behandling ansågs vara en rimlig tid för deltagaren att ha hunnit absorbera behandlingen, ha en uppfattning om dess effekter och, samtidigt, ha en rimlig chans att kunna minnas behandlingens viktigaste delar. Avslutningsvis sattes det fjärde urvalskriteriet kring deltagarens psykiska status upp av etiska skäl.

Vid tidpunkten för studiens genomförande fanns endast fyra patienter att tillgå som uppfyllde inklusionskriterierna varav samtliga hade ingått i en och samma behandlingsgrupp. Med tanke på det begränsade antalet deltagare bör resultatet av denna studie tolkas som en första ansats till att skapa en grundad teori. Denna teoretiska ansats får tills vidare anses gälla för de fyra deltagarna i studien, men inte generellt. Resultatet kan dock ligga till grund

för vidare datainsamling som i ett senare skede kan komma att bilda en mer allmängiltig grundad teori.

Rekrytering och deltagare. Patienter som vårdas inom svensk hälso- och sjukvård faller under hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Lagen innebär bland annat att uppgifter om vem som vårdas inom svenska hälso- och sjukvårdsverksamheter inte får lämnas ut utan patientens godkännande. Då författaren inte är anställd inom studiens aktuella behandlingsverksamhet genomfördes urvalet av deltagare i samråd med patientansvarig överläkare vid Teamet för psykos och bipolära tillstånd.

De fyra utvalda patienterna och deras vårdnadshavare kontaktades initialt av respektive familjs kontaktperson på mottagningen för att tillfrågas om kontaktuppgifter fick lämnas ut till författaren. Samtliga kontaktade ungdomar och vårdnadshavare accepterade att kontaktuppgifter lämnades ut varpå kortfattad information om studien, och ett erbjudande att delta, skickades till dem per post (se bilaga 3). Brevet innehöll en kort beskrivning av studiens mål, genomförande och kontext, det vill säga att studien genomfördes som en del av författarens psykologexamensarbete vid Lunds universitet i samarbete med Teamet för psykos och bipolära tillstånd BUP i Lund. Brevet informerade även om möjligheten att när som helst avbryta deltagandet och att deltagandet inte skulle komma att påverka den behandling respondenten erbjuds vid mottagningen. Cirka en vecka senare kontaktades patienterna av författaren via telefon med frågan om patienten ville medverka i studien samt för att boka tid och plats för intervju. Samtliga fyra kontaktade ungdomar accepterade erbjudandet att medverka i studien.

Av de intervjuade respondenterna är tre kvinnor och en man. Vid intervjutillfället var de mellan 15 och 17 år gamla. Samtliga bodde hemma hos minst en av sina biologiska föräldrar inom upptagningsområdet för mottagningen, det vill säga i Skåne, och har svenska som modersmål. Samtliga respondenter studerade vid intervjutillfället på högstadium eller gymnasium.

Material

För studier som använder grundad teori som analysmetod är det viktigt att använda breda och öppna, icke-värderande frågor för att i så liten grad som möjligt tvinga på respondenten förutfattade meningar och teorier. Intervjuguiden är ett verktyg som ger fokus i intervjun och samtidigt inbjuder till detaljerade diskussioner kring ämnet (Charmaz, 2006). Med ambitionen att skapa en sådan intervjuguide användes forskningsfrågan som bakgrund för utformning och organisering av intervjufrågorna (se bilaga 4). Detta innebar att frågorna

löst sorterades in i tre övergripande delar: ”Under behandlingen”, ”Efter behandlingen” respektive ”Vad påverkade att du fick ut något av behandlingen”. Under utformningen av frågeguiden togs även hänsyn till det Kvale och Brinkmann (2009) kallar den tematiska respektive dynamiska dimensionen. Den tematiska dimensionen avser kopplingen till forskningsfrågan, det vill säga att intervjuguiden täcker in det som ska undersökas, medan den dynamiska dimensionen avser att frågorna formuleras och struktureras så att de skapar förutsättningar för ett positivt och smidigt samtal i intervjusituationen.

Frågorna organiserades för att skapa så goda förutsättningar som möjligt att förmå intervjupersonerna att ge spontana och levande beskrivningar av sina upplevelser och uppfattningar. De inledande frågorna i varje avsnitt av frågeguiden formulerades därför som hur- och vad-frågor snarare än varför-frågor, eftersom varför-frågor har en tendens att ge intervjun en distanserad och intellektualiserad atmosfär (Kvale & Brinkmann, 2009). Ett exempel på en fråga som följer dessa riktlinjer i föreliggande studie är intervjuens inledningsfråga: ”Hur var det att vara med på RAINBOW-behandlingen?”

En provintervju genomfördes med en förälder som genomgått behandling enligt RAINBOW-modellen. Intervjuguiden bedömdes fungera bra i sin ursprungliga version varför inga större revideringar genomfördes.

Datainsamling

Datainsamling skedde genom halvstrukturerade intervjuer utifrån den intervjuguide som beskrivits ovan. När intervjuerna bokades in gavs respondenterna valet att genomföra intervjun i en lokal vid Lunds universitet, hemma hos respondenten eller i BUP:s lokaler. Två respondenter valde att genomföra intervjun i BUP:s lokaler och två i en lokal vid Lunds universitet.

Intervjuerna inleddes med att jag orienterade respondenten om studiens mål och upplägg. Intervjudeltagaren informerades om hur materialet skulle komma att användas och att uppgifterna hon, eller han, lämnade skulle komma att anonymiseras. Vidare informerades respondenten om sin rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i studien och att intervjun spelades in med hjälp av en mp3-spelare. Ett förtydligande gjordes kring att det var intervjudeltagarens upplevelse och berättelse som var av intresse i första hand, inte att jag fick svar på alla mina frågor. Den inledande orienteringen avslutades med att respondenten erbjöds möjlighet att ställa frågor kring studien och genomförandet.

Efter den inledande orienteringen ställdes ett par kortare bakgrundsfrågor om ålder, sysselsättning etcetera. Intervjuguiden användes som stöd för att säkerställa att de på förhand

identifierade intresseområdena täcktes in men i övrigt eftersträvades att respondenten fick berätta så fritt och oavbrutet som möjligt. Längden på intervjuerna varierade mellan ca 30 och 60 minuter. Intervjuerna transkriberades i sin helhet en eller ett par dagar efter att de genomförts. Även ickeverbalt innehåll som ansågs relevant för förståelsen av innehållet inkluderades såsom skratt, suckar och längre tystnader.

Analys

Analysen startade i och med transkriberingen av materialet då jag fick möjlighet att på detaljnivå gå igenom allt material och reflektera över vad som sagts och hur det sagts. Därefter påbörjades den initiala kodningen genom en noggrann läsning av transkriptionerna rad för rad. Beroende på hur mycket relevant information materialet innehöll kodades materialet ömsom rad för rad eller stycke för stycke. De koder som formulerades under denna fas kan kallas deskriptiva genom att de framförallt innebär en förtätad beskrivning av materialet. I linje med anvisningarna för den initiala kodningsfasen i grundad teori strävade jag efter att formulera koderna så nära de formuleringar respondenterna själva använde i intervjuerna (Charmaz, 2006). Meningen med detta var att jag inte förhastat skulle föra tolkningen till en mer analytisk och abstrakt nivå. Samma rad, eller stycke, kunde även kopplas till flera koder när detta uppfattades vara befogat, som i följande exempel:

”det var jätte... jättebra, det var liksom ganska roligt för vi var så olika på något sätt men ändå så lika så man satt i samma sits, det var liksom... jag tänkte yeee, andra är lika konstiga som vad jag är”

Koder:

Det var roligt att gå tillsammans med de andra ungdomarna

Vi var olika men i samma situation

Känna att man inte var ensam

På detta sätt kodades i princip hela intervjumaterialet med undantag av ett fåtal passager som bedömdes irrelevanta för forskningsfrågan. Dessa passager kunde exempelvis handla om en semesterresa eller erfarenheter från skolan.

Efter att allt material kodats på den deskriptiva nivån påbörjades den så kallade fokuserade kodningen (Charmaz, 2006). I denna fas rörde sig analysen i en mer tolkande och analytisk riktning. De mest frekvent förekommande koderna sammanfördes till större

kategorier. Denna fas av arbetet rörde främst de deskriptiva koderna och de framväxande kategorierna men kontinuerligt kontrollerades även hur väl kategorierna stämde med innehållet i transkriptionerna. Med tiden undersöktes även kopplingar mellan kategorierna, och mellan huvudkategorier och underkategorier, vilket ibland kallas teoretisk kodning (Willig, 2013). Målet med den teoretiska kodningen är att, efter den sönderdelande initiala kodningen, återigen föra ihop data till en sammanhängande helhet.

Under hela arbetsprocessen med de initiala koderna, likväl som under den resterande analysen, fördes arbetet framåt med hjälp av så kallad konstant jämförande analys (Charmaz, 2006; Willig, 2013). Detta innebär att jag hela tiden pendlade mellan att identifiera likheter, såväl som skillnader, mellan de framväxande koderna och kategorierna. Genom konstant jämförande analys säkerställdes det att jag inte bara byggde upp koder och kategorier, utan att jag även bröt ner de nybildade kategorierna i nya koder som tillsammans bildade underkategorier. På så vis strävade jag efter att fånga och illustrera materialets fulla komplexitet och mångfald.

Det är viktigt att framhålla att processen inte varit så linjär som ovanstående genomgång av analysförfarandet kan ge sken av. I praktiken har den inneburit ett ständigt pendlande mellan olika analysnivåer i takt med att analysen fortgått vilket är en naturlig del av arbetet med grundad teori (Charmaz, 2006). Nya sätt att förstå och kategorisera materialet har hela tiden utvecklats under arbetets gång.

Under hela processen har jag regelbundet antecknat tankar och idéer som dykt upp. I grundad teori kallas detta memo-skrivande (Charmaz, 2006; Willig, 2013). Meningen med memo-skrivande är att föra analysen vidare från data till koder och vidare till mer abstrakta kategorier. Memo-skrivandet har även hjälpt till att få kontroll på processen, exempelvis hur väl den framväxande analysen är grundad i det insamlade materialet, och stimulerat reflektion kring min egen påverkan på processen. Exempelvis använde jag flödesscheman, som reviderades i omgångar, för att undersöka relationerna mellan de framväxande kategorierna. Dessa scheman resulterade i en tabell (tabell 1) som presenteras längre fram under resultatredovisningen.

Etiska överväganden

Som utgångspunkt för de etiska överväganden som gjorts i samband med planering, genomförande och rapportering av studien har allmänna forskningsetiska riktlinjer använts såsom de beskrivs av bland annat Kvale och Brinkmann (2009) och Willig (2013). Dessa riktlinjer berör bland annat respondentens rätt till informerat samtycke och konfidentialitet.

Under arbetsprocessens gång har etiska dilemman och frågeställningar diskuterats med patienternas kontaktperson och patientansvarig läkare vid Teamet för psykos och bipolära tillstånd BUP i Lund.

För att hantera kravet på ett informerat samtycke inleddes kontakten med respondenterna genom det tidigare beskrivna informationsbrevet (se bilaga 3). Vid genomförandet av intervjun informerades återigen respondenterna muntligt om studiens mål, genomförande och kontext. Via samtyckesblanketten redogjordes för detaljer kring avsikten med att spela in ljudet från intervjuerna, hur ljudupptagningarna skulle komma att förvaras och hanteras under studiens gång (se bilaga 5). Vidare tydliggjordes vem som skulle ha tillgång till materialet. Vid intervjutillfället gavs respondenten även möjlighet att ställa frågor kring studien och dess genomförande.

För att skydda respondenternas rätt till konfidentialitet förvarades inga kontaktuppgifter eller namn tillsammans med ljudfiler eller transkriptioner. Ingen kodnyckel upprättades för att kunna koppla ljudfiler eller transkriptioner till identifierbara personer. Kontaktuppgifterna till respondenterna raderades när intervjuerna var genomförda för att minska risken för identifiering av deltagarna. Raderandet av kontaktuppgifterna omöjliggjorde en deltagarverifiering av materialet, men å andra sidan gjordes bedömningen att en verifiering av materialet ändå inte var möjlig inom studiens tidsramar. I presentationen av materialet har författaren strävat efter att anonymisera deltagarna i så stor utsträckning som möjligt. Exempelvis refereras samtliga deltagare som hon i texten. Därtill har samtliga namn på personer och platser har uteslutits ur materialet.

Risken för att respondenterna kan identifieras är dessvärre stor vid kvalitativa intervjustudier. Information om deltagarnas ålder, kön etcetera behöver med nödvändighet rapporteras i någon mån för att stödja möjligheten att bedöma resultatets överförbarhet. För att skydda respondenternas anonymitet har beskrivningen av deltagarna begränsats.

Trovärdighet och tillförlitlighet

Att reflektera över studiens trovärdighet och tillförlitlighet är en viktig del i all forskning och så även i forskning med en kvalitativ ansats (Charmaz, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009; Willig, 2013). Idag finns ett flertal publicerade kvalitetskriterier för användning av kvalitativa metoder inom psykologin (Willig, 2013). I genomgången nedan, kring åtgärder för att åstadkomma hög trovärdighet och tillförlitlighet i föreliggande studie, har jag valt att luta mig mot Henwood och Pidgeons (1992) kriterier. Henwood och Pidgeons kriterier kan appliceras på kvalitativ forskning i allmänhet men riktar sig särskilt till

användare av grundad teori inom det psykologiska fältet (Henwood & Pidgeons, 1992; Willig, 2013). Särskilt fokus har således lagts på kvalitetskriterier som: *välgrundade kategorier, teoretisk tydlighet, dokumentation, reflexivitet, samt överförbarhet.*

Välgrundade kategorier och teoretisk tydlighet. Kategoriernas passform är en viktig måttstock på en väl genomförd grundad teori enligt Henwood och Pidgeon (1992). Detta kriterium gäller i vilken grad kategorier som skapas under analysen av materialet överensstämmer med det insamlade materialet. I föreliggande studie har jag försökt säkerställa detta genom att transkribera och analysera i princip allt material och beskriva processen genom vilket kategorierna konstruerats, se ovan. Vidare presenteras och förklaras kategorierna ingående i resultatredovisningen nedan. Även hur väl teorins integration är klart och tydligt återgiven är en viktig kvalitet i en grundad teori-studie. Med teorins integration menas relationerna som skapats mellan olika nivåer, och kategorier, i resultatet. För detta ändamål har jag arbetat med att skissa fram flödesscheman som tidigare beskrivits i korthet.

Dokumentation och reflexivitet. Kravet på dokumentation och reflexivitet har jag försökt tillfredsställa främst i uppsatsens metod- och metoddiskussionsavsnitt. Där beskriver jag vad jag gjort och varför (dokumentation). Jag redogör även för min förförståelse och för en diskussion kring mitt eget aktiva deltagande i processen samt avslutar uppsatsen med att reflektera över hur detta kan ha spelat roll för de tolkningar jag har gjort av materialet (reflexivitet).

Överförbarhet till andra sammanhang. Vad gäller kravet på överförbarhet, slutligen, så har föreliggande studie en metodologisk begränsning i att urvalet är litet och att datainsamlingen endast genomförts vid ett tillfälle. Resultatens överförbarhet hade stärkts om den fullskaliga versionen av grundad teori hade varit möjlig att tillämpa med upprepade datainsamlingar. För övrigt har jag redovisat kontext och bakgrundinformation om behandlingen och deltagarna för att underlätta för läsaren att själv ta ställning till i vilken mån studiens resultat skulle kunna överföras till andra deltagare i RAINBOW eller liknande behandlingskontexter.

Resultat

Det var nästan synd att det slutade mitt i alltihopa. Det kändes liksom tomt. *Jaha, vad ska jag nu göra varje torsdag då?* Det var liksom: *Jaha?... Okey?*

(Maria)

Att delta i RAINBOW var ”veckans höjdpunkt” och alla var överens om att behandlingen hade pågått för kort tid. Det framgår tydligt av intervjuerna att ungdomarna i sin helhet var mycket nöjda med behandlingen och behandlarna. Vad behandlingen hade betytt för dem och vad de hade fått ut av den skilde sig emellertid åt mellan deltagarna, även om det också förekom flera gemensamma aspekter i deras berättelser. För att förstå villkoren för behandlingen presenteras inledningsvis en kort bakgrundsinformation om hur de intervjuade ungdomarnas situation såg ut i samband med att behandlingen påbörjades. Därefter presenteras de teman som identifierats i materialet, som tillsammans ger en bild av behandlingens mest centrala processer och utfall ur ungdomarnas perspektiv: *Identifikation med diagnosen, Känsla av gemenskap, Gjorde inte hemuppgifter, Teoretisk kunskap, Problemantering och rutiner, samt Mammas lärande.*

För att öka läsbarheten och samtidigt skydda deltagarnas anonymitet har de intervjuade ungdomarna tilldelats fingerade namn: Maria, Mimmi, Kajsa och Karin. För att underlätta läsningen har även citeringar från transkriptionerna justerats språkligt i ett par avseenden. Skiljetecken, som punkter och kommatecken, har införts. Icke meningsbärande upprepningar och fraser som inte tillfört någonting nytt har i somliga fall tagits bort och då ersatts med vedertagen markering: [...]. Vidare har vissa kortare ord, som ”sen”, ”men” och så vidare, i vissa fall flyttats, tagits bort eller lagts till när detta kunnat tydliggöra citatets innebörd i skrift.

Deltagarnas bakgrund

Maria. Maria berättade att relationen till övriga familjemedlemmar var dålig före behandlingen. Hon bråkade ofta med dem, inte minst med sin mamma. Hon menade att hon inte kände någon samhörighet med familjen. ”De har levt sitt liv och jag har levt mitt liv och sedan bara råkade vi bo i samma hus”, sade hon. Sedan tidigare tog hon medicin för sin bipolära sjukdom men avbröt medicineringen när hon mådde bättre eftersom hon inte gillade att svängningarna i sinnesstämning planades ut. Maria nämnde inte om hon före behandlingen var motiverad att delta i behandlingen, men under intervjun uttryckte hon ingenting som

skulle kunna tolkas som att hon på något vis var omotiverad att ingå i behandlingsgruppen. Maria berättade att hennes mamma deltog under hela behandlingen medan hennes pappa hoppade av precis i början på grund av hög arbetsbelastning. Mamma fortsatte därför på egen hand och informerade istället kontinuerligt pappa om vad de hade gått igenom vid träffarna.

Mimmi. Mimmi berättade att hon saknade tillit till sina föräldrar före behandlingen. Samtidigt nämnde hon ingenting om öppna och svåra konflikter. Mimmi berättade även att hon mådde riktigt dåligt strax före behandlingen. Hon tyckte inte att medicinen hon tog för sin bipolära sjukdom fungerade vid tiden då hon deltog i RAINBOW. Mimmi menade att hon var motiverad till att gå i behandlingen eftersom hon var intresserad av att lära sig mer om sjukdomen och tidigare har trivts bra i grupper. Hon uppfattade sig själv som social och utåtriktad. Mimmis mamma och mammans sambo deltog i behandlingen. Mimmi uppgav att hennes pappa inte deltog i behandlingen av hälsoskäl.

Kajsa. Kajsa menade att hon inte hade några direkta problem i familjerelationerna, utan hävdade att relationen till mamman var bra redan före behandlingen. ”Vi hade ju redan ett nära förhållande”, sa hon. Kajsa menade att hon fick en god respons på den medicin hon började ta strax före behandlingen. Detta gjorde att hon kände sig stabil och mådde bra vid tiden för deltagandet i behandlingen. Kajsa uttryckte även att hon inte var motiverad att gå i behandlingen innan den startade. Det var i själva verket hennes mamma som ville att hon skulle gå den. Kajsas mamma deltog i behandlingen men inte hennes pappa. Kajsa uppgav inte under intervjun varför pappan inte deltog i behandlingen.

Karin. Karin ansåg att hon före behandlingen hade en god relation med övriga familjemedlemmar förutom med sin pappa. Karin sade att måendet pendlade mellan bättre och sämre perioder under själva behandlingen. Hon upplevde att medicineringen inte fungerade bra för henne, varken före eller under behandlingen. Karin tyckte att det var jobbigt att möta nya människor och hade svårt för sociala situationer överhuvudtaget. För henne var det därför svårt att gå till behandlingen i början, ”fastän jag hade träffat dem innan så var jag ändå blyg”, sa hon. Det var Karins mamma som fick henne att påbörja behandlingen trots att hon från början inte ville. Karins mamma och pappa påbörjade behandlingen tillsammans, men pappa valde att hoppa av precis i början. Karins uppfattning var att pappans avhopp berodde på att han inte gillade behandlingen.

Identifikation med diagnosen

Maria och Mimmi berättade att de kände igen sig i beskrivningen av symtomen som är förknippade med bipolär sjukdom. För Maria skedde detta redan innan hon hade fått en formell diagnos. Genom att söka information på nätet hittade hon diagnosen och kände igen sig i sjukdomsbilden direkt. När hon sedan dessutom upptäckte att en av hennes idoler också bar på bipolär sjukdom hade Maria inte alls några svårigheter med att acceptera diagnosen, tvärtom:

Jag visste att jag var bipolär långt innan mina föräldrar visste det [...] Jag tog fram en sån här symtomlista: det *där* är jag, det *där* är jag, det *där* är definitivt jag! [...] Och så hamnade vi på bipolära [mottagningen] och jag bara: ”Vad var det jag sa? Ge mig mina hundra spänn!” Jag tror jag har vetat det sedan jag var tretton. [...] Det finns en komiker som jag inte kan få nog av – han är helt underbar och han är bipolär. Så jag kollade upp honom på Google ’mental nedsättning’ och: WHAT!? BIPOLÄR!? Det här är jag!

(Maria)

Marias positiva identifikation med diagnosen ger också en bidragande förklaring till varför hon inte var helt nöjd med sin medicin och under vissa perioder avslutade medicineringen på eget bevåg. Hon saknade nämligen växlingarna i sitt känsloregister och gillade helt enkelt inte den känslomässiga stabilisering som medicineringen medför. För Maria kändes det främmande att inte längre känna igen sig själv när medicinen har sin verkan, vilket hon förklarade mycket konkret på följande vis:

Jag är lite konstig på det sättet för jag vill gärna ha de här [Maria höjer och sänker handen växelvis upp mot taket och ner mot golvet]. När man sätter in medicinen, då blir jag så [Maria håller handen stilla i ett horisontellt läge framför sig]. Då tänker jag: ’Näe, det ska inte vara så’ och så slutar jag ta medicinen.

(Maria)

Till skillnad från Maria, som kunde identifiera sig med sin diagnos redan innan den hade fastställts, var diagnosen inte alls självklar för Mimmi innan hon deltog i RAINBOW. Även om hon hade fått veta namnet på diagnosen hade hon tidigare inte riktigt fått klart för

sig vad bipolär sjukdom egentligen innebar – trots all information som hon fått. Det var alltså först genom behandlingen som hon alls började förstå sin diagnos:

Innan den där behandlingen så visste jag ju inte alls vad det [bipolär sjukdom] var. Jag bara fick det på ett papper: *det här är du*. Så var det inget mer med det. Jag fick jättemycket broschyrer och sådant jag skulle läsa igenom. Det var jättemycket jag fick. Jag fick mediciner, vi var på möten och tog tusen blodprover. Alltså, det var väldigt rörigt och jag visste ingenting alls vad det var egentligen, fastän jag liksom sa till alla att 'Jo, men jag vet vad det är'. Men sen så efter den här behandlingen så lärde jag mig allting om vad det var.

(Mimmi)

Mimmis identifikation med diagnosen började i och med att hon träffade de andra ungdomarna i behandlingsgruppen. Via dem upptäckte hon att man inte alls behövde vara särskilt konstig eller annorlunda bara för att man är diagnosticerad med bipolär sjukdom. Under behandlingens gång började självbilden sedan långsamt förändras genom den ökande kunskapen om sjukdomen och om henne själv:

Information man fick som gällde en själv, den var nog lite svår att ta in. Alltså, det var väldigt lätt att ta in fakta men det var svårare att ta in det känslomässigt. De förklarade bra och så, men man får ju lära sig massa grejer, och sen 'okej, det här är jag', det var svårare [...] För man hade en bild av sig själv från början och sen så ändrades den.

(Mimmi)

Sammanfattningsvis visar detta tema att Maria och Mimmi relativt snabbt accepterade sin diagnos. Ingen av dem gav uttryck för skam i relation till sin sjukdom. Snarare framstår diagnosen som ett tydliggörande av vem de är och hur de fungerar. När det gäller Kajsa och Karin kom de inte in på diagnostiseringens betydelse under sina intervjuer, varken i positiv eller negativ bemärkelse. Dock fanns det inget i deras intervjuer som skulle tyda på att de inte identifierade sig med diagnosen, utan tvärtom verkade de känna igen sig själva i sjukdomsbeskrivningen som gavs under behandlingen.

Känsla av gemenskap

Eftersom behandlingen byggde på kontinuerliga gruppträffar fanns det goda förutsättningar för ungdomarna att lära känna varandra ganska väl med tiden. Det är därför inte förvånande att just känslan av gemenskap utgjorde det mest centrala temat när ungdomarna tänkte tillbaka på sina upplevelser av RAINBOW. Gemenskapen framstod alltså som ett av de främsta skälen till att samtliga deltagare kände sig mycket nöjda med behandlingen. De menade samfälligt att det var mycket givande och intressant att umgås och prata med varandra under sessionerna. Några respondenter påpekade också att det kändes mindre formellt och roligare att gå i gruppbehandling i jämförelse med individuell behandling, vilket till exempel Kajsa uttryckte:

Det är ju mycket roligare än att gå själv i terapi. Jag har ju tidigare gått i något som liknar individuell terapi. Det är ju jättetråkigt. Näe, det är mycket smartare att ha en grupp med folk som har ungefär samma problem. Alltså, då blir det en gemenskap på ett annat sätt.

(Kajsa)

Vad Kajsa menar med ”folk” är ungdomarna själva. Med tanke på att RAINBOW är en familjebehandling är det värt att understryka att ungdomarna inte betraktade föräldrarna som en viktig del i behandlingens gemenskap. Tvärtom menade Kajsa och Mimmi att utbytet av behandlingen hade varit detsamma för deras del även utan föräldrarnas medverkan. Detta kan ha sin förklaring i att föräldrarna och ungdomarna snarare verkade *informera om* varandras träffar än att faktiskt *prata med* varandra när de möttes i slutet av varje session:

Vi pratade ju inte ens om samma saker med föräldrarna. Det var ju liksom något helt annorlunda. Sen när man var med föräldrarna så sa man typ ingenting. Man bara berättade vad man hade pratat om men man gick ju aldrig in på detalj.

(Kajsa)

Även om samtliga ungdomar uttryckte sig i termer av en givande gemenskap med de andra ungdomarna hade gemenskapen olika betydelse för dem. Beroende på om deltagaren uppfattade gemenskapen som *social upplevelse*, *studiegrupp* eller *stödgrupp för problemlösning* påverkades det individuella utfallet av behandlingen i olika riktningar. Samtliga ungdomar upplevde gemenskapen som en *social upplevelse*. Utöver gemenskapens

betydelse som en social upplevelse uppfattade Mimmi att den även fungerade som en *studiegrupp*. Gemenskapen såg hon som en förutsättning för att gruppen skulle kunna fungera som ett stöd för hennes lärande i behandlingen. Maria å sin sida uppfattade snarare behandlingsgruppen som en *stödgrupp för problemlösning*. Medan upplevelsen av gemenskap för Kajsa och Karin begränsades till att vara en social upplevelse så uppfattade alltså Mimmi och Maria att den även fungerade som en resurs för lärande i någon form. Med andra ord skulle man kunna säga att ett visst mått av öppenhet och gemenskap upplevdes som nödvändigt, men inte tillräckligt, för att ungdomarna skulle uppfatta att de utvecklades av deltagandet i behandlingsgruppen.

Social upplevelse. Gemenskapen som social upplevelse kunde ta sig uttryck i möjligheten att skratta åt varandra för att man kände igen sig själv eller att ta emot och ge varandra stöd. Ungdomarna menade att gemenskapen inte byggde på att de var lika personlighetsmässigt utan i att de befann sig i samma situation och hade gemensamma symtom eller problem. Denna erfarenhetsmässiga likhet skapade en möjlighet att känna sig mindre konstig och att känna igen sig i varandra. Maria uttryckte detta på följande vis:

Det var, liksom, ganska roligt för vi var så olika på något sätt och ändå så lika så att vi satt i samma sits. Jag tänkte, 'Yeee, andra är lika konstiga som jag är'.

(Maria)

Deltagandet i gruppen kunde även leda till insikten att man kan vara ”normal”, eller vanlig, även om man bär på bipolär sjukdom. Denna aspekt av den sociala upplevelsen blev särskilt viktig för Mimmi. Genom att delta i gruppen kände hon sig mindre ensam med sin sjukdom. Hon menade att detta var den enskilt viktigaste erfarenheten som behandlingen gav henne:

Det viktigaste för mig var nog att förstå att jag inte var ensam när jag gick där. För vi var inte särskilt hemlighetsfulla där, vi berättade hur det var. Det var inte så att vi satt och dolde något utan vi pratade öppet om allting.

(Mimmi)

Alla respondenter menade att de hade roligt tillsammans med de andra ungdomarna i gruppen. Den lustfyllda stämningen som präglade gruppen uppskattades av samtliga men för Karin innebar den en stark och överraskande dimension av behandlingen. Hon hade inte

förväntat sig att det skulle vara så roligt som det faktiskt var, eftersom hon vid tiden för behandlingen sällan umgicks med jämnåriga. Hon beskrev upplevelsen på följande sätt:

Det var jätteroligt att umgås med dem i min egen ålder! Det var jätteroligt att bara sitta där och prata med dem. Det behövde inte vara om något allvarligt, utan bara om något alldagligt liksom.

(Karin)

Studiegrupp. Mimmi beskrev gruppen på ett sätt som för tankarna till en studiegrupp. Gruppen innebar en möjlighet för henne att ta till sig kunskapen som förmedlades i behandlingen eftersom hon tyckte det var svårt att på egen hand bearbeta så mycket information. Hon behövde diskutera och prata om det hon skulle lära sig. Kunskapen hon talade om var dock i första hand av teoretisk karaktär. Mimmi talade om att i gruppen få diskutera materialet som presenterades och erfarenheterna som hade gjorts i syfte att förstå mer:

Jag har alltid varit social och jag lär mig bättre när jag pratar med andra. Att sitta och plugga, om jag hade fått en massa häften som jag skulle sitta och läsa igenom, det hade jag inte gjort. Men om man läser igenom det i en grupp, och sitter och diskuterar vad som står i texten, så har alla olika perspektiv på det. Sen så diskuterar man och kommer fram till någonting. Jag vet inte, jag gillar det. Man kan lära sig mycket av varandra genom att gå i en gruppbehandling.

(Mimmi)

Stödgrupp för problemlösning. För Maria däremot innebar gruppen huvudsakligen en möjlighet att få nya perspektiv på sina egna problem. Hon använde sig aktivt av de andra deltagarnas erfarenheter och idéer för att på ett konkret sätt försöka förändra sin situation. Hon fick genom gruppen insikter och idéer till hur hon kunde kommunicera och lösa problem mer effektivt vilket även färgade hennes syn på gruppens gemenskap:

Vi hade allihop samma problem men man kunde hjälpa varandra att hitta lösningar på dem. Jag hade liksom det här problemet, jag gick åt det här hållet och du gick kanske på det hållet, sen så hittade man en liten genväg mittemellan. Vi var liksom en stor grupp som hjälpte varandra med problem hela tiden.

(Maria)

Avslutningsvis är det tydligt att gruppens klimat präglades av öppenhet och trygghet vilket gav förutsättningar för, och förstärkte, den framväxande gemenskapen. Mimmi menade exempelvis att ”vi kunde släppa masken och prata om grejer vi behövde prata om”. Det avslappnade och öppna klimatet gjorde att gruppen ibland inte höll sig till det planerade ämnet för ett visst behandlingstillfälle. Ingen av respondenterna beskrev detta som ett problem även om Mimmi spekulerade i att de kanske hade kunnat lära sig mer om de pratat mindre om andra saker än det som hörde till behandlingen.

Gjorde inte hemuppgifter

Hemuppgifter är en viktig del av RAINBOW-behandlingen. Det är genom hemuppgifterna som nya förhållningssätt och tekniker ska prövas i vardagen och förhoppningsvis leda till ett mer konstruktivt beteende i besvärliga situationer. Vissa av hemuppgifterna i RAINBOW kräver att ungdomarna och föräldrarna arbetar tillsammans. Det är via hemuppgifterna som ungdomarnas och föräldrarnas lärande ska sammanföras och skapa en bättre situation i familjen. Samtliga ungdomar upplevde hemuppgifterna och övningarna som relevanta och att instruktionerna var tydliga och lätta att förstå. Trots det berättade Mimmi, Kajsa och Karin att de inte gjorde hemuppgifterna, avbröt dem i förtid eller genomförde dem flyktigt utan något djupare engagemang. Det visade sig att det fanns flera skäl till detta.

För Mimmis del handlade det om att motivationen ibland tog slut när det gällde hemuppgifterna. Hon menade att hon framförallt tappade motivationen inför vissa återkommande hemuppgifter. Hon berättade exempelvis om den så kallade stämningdagboken där det dagliga måendet skulle registreras, ”vi fick stämningdagboken rätt ofta och vi tröttnade på det till slut”. Hon berättar även att hon hade en tuff termin i skolan under tiden hon deltog i RAINBOW vilket också gjorde det svårt att ha tid och energi över för hemuppgifterna.

Karin menade att vissa självskattningsövningar var svåra att genomföra eftersom alternativen inte stämde överens med hennes upplevelser. Att sova mycket dåligt behöver

exempelvis inte innebära att man inte sover alls. Ett annat problem för Karin var att hon inte trodde på att teknikerna i behandlingen kunde få henne att må bättre. Hon upplevde snarare att hennes dåliga mående gick över av sig självt och att det egentligen inte gick att påverka så mycket. Slutligen menade hon att hemuppgifterna glömdes bort eller gjordes i sista stund på vägen till sessionerna:

Jag tror inte vi gjorde det [hemuppgifterna] så mycket faktiskt. Det var mer att man åkte dit och så 'Oj! Nu skulle vi ha gjort detta till denna vecka, vi gör det snabbt i bilen'. Men vi pratade ju om hur det var där [på sessionerna] och så. Men jag tror inte vi gjorde många av övningarna. Inte för att jag hade haft något emot att göra dem med henne [mamma]. Vi tänkte väl bara inte på det. Vi kom på det när vi var på väg dit och då var det lite försent att göra dem på riktigt.

(Karin)

Kajsa å sin sida menade att hon inte kunde genomföra vissa hemuppgifter eftersom hon redan mårde bra, och var känslomässigt stabil, till följd av hennes medicinering. Av den anledningen uppstod inte de situationer som vissa övningar och hemuppgifter var konstruerade för. Kajsa tyckte även att hennes redan etablerade strategier för att hantera sitt mående fungerade utmärkt. Behoven att lära sig nya tekniker för att må bättre fanns därför helt enkelt inte:

Vi gjorde ju inte dom [hemuppgifterna] direkt, eller vi gjorde dom, men inte så mycket. Vi gjorde dom där man skulle fylla i papper till exempel. Men vi lade ner kanske fem minuter på en hemuppgift och sen, 'det var det'. Vi stötte ju aldrig på några problem heller. Vissa hemuppgifter förutsatte att någonting skulle hända och det kanske aldrig hände. Det var kanske 'nästa gång du blir arg' eller 'nästa gång du gör så eller inte' och så hände aldrig det. Alltså, jag fick ju medicin nästan direkt och den funkade ju.

(Karin)

Teoretisk kunskap

Psykoedukation är ett viktigt inslag i RAINBOW, som innehåller både teoretiska och praktiska moment. Av vad som framkommer i intervjuerna är det mestadels de teoretiska momenten som har gjort intryck på ungdomarna. Med detta menas att de kunde berätta något

om vad de lärt sig och att de förstod mer om vad bipolär sjukdom är. Kajsa menade dock att den teoretiska kunskapen inte betydde särskilt mycket för henne, åtminstone inte så att den förändrade hur hon såg på sig själv. I hennes fall blev det tydligt att kunskapen inte verkade behövas i praktiken eftersom hon redan visste hur hon fungerade och vad som var hjälpsamt för henne:

Jag fick lära mig mer om hur de [symtomen] funkade, liksom. Men jag fick inte en ändrad syn på mig själv. Jag gick och lade mig när jag mådde dåligt och det gör jag fortfarande. Det är effektivt.

(Kajsa)

Till skillnad från Kajsa hade den teoretiska kunskapen stor betydelse för Mimmi. Bipolär sjukdom är en komplex sjukdom som kan ta sig många olika uttryck och påverka livet på flera olika sätt. Före behandlingen tyckte Mimmi att det var svårt att förklara sjukdomen för vänner och skolkamrater, men kunskapen hon utvecklade under behandlingen gjorde det möjligt för henne att beskriva sin sjukdom. Hon kunde nu förklara hur den påverkade henne och varför hon behövde gå i behandling, vilket exempelvis var betydelsefullt för henne i relationerna till skolkamrater och vänner:

Det har gjort att jag kan ge dem [skolkamraterna] kunskap om varför jag inte har varit där [i skolan] och hur jag har haft det, ifall de har undrat [...] Det kunde jag inte innan, för det är väldigt svårt att kortfattat förklara vad bipolär är. Det är jättesvårt för det är så mycket grejer som har med det att göra. Men nu är det lättare för jag kan förklara för dem vad det är för någonting. Mina vänner kan ha en större förståelse varför jag är som jag är ibland [...] Så det har väl hjälpt mig lite med mina vänner.

(Mimmi)

Mimmi uppfattade det även som en tillgång att kunna gå tillbaka till materialet hon arbetade med under behandlingen, för att repetera vissa delar, eller se hur hon har utvecklats med tiden.

Problemhantering och rutiner

Även om den teoretiska kunskapen kunde betraktas som värdefull var det i regel inte så lätt att omsätta kunskapen i handling. Praktisk handling är dock något som krävs för att åstadkomma de beteendeförändringar som är avsikten med RAINBOW. Eftersom Karin

huvudsakligen uppfattade behandlingen som en social upplevelse snarare än ett lärandetillfälle, faller det sig naturligt att hon inte upplevde att RAINBOW hade bidragit till några märkbara beteendeförändringar hos henne. Kajsa, som förvisso uttryckte explicit att hon hade fått mera vetskap om sjukdomen, hade svårt att se hur detta skulle ha betydelse för henne i praktiken. Medan Karin och Kajsa inte upplevde att RAINBOW hade förändrat deras beteende nämnvärt, var fallet annorlunda för Maria och Mimmi. De lärde sig vikten av adekvat problemhantering respektive goda rutiner.

Ta itu med problemen direkt. Maria menade att behandlingen hjälpte henne att få nya perspektiv på hur hon kunde lösa sina problem. Hon hade lärt sig att ta tag i sina problem så att de inte längre hopade sig och då blev ännu svårare att lösa. Tidigare kunde Marias problem innebära att hon stannade hemma från skolan i perioder, men genom effektivare problemlösning kunde hon nu koncentrera sig bättre på skolarbetet vilket hade fått betydande effekt på skolresultatet. Genom behandlingen lärde sig Maria även att kommunicera bättre med sina föräldrar vilket hade minskat konflikterna i hemmet avsevärt:

Vi satt och pratade jättemycket och så kom jag på att, 'Amen, hade jag pratat med mina föräldrar om det här hade jag gått härifrån för länge sen och smällt igen dörren efter mig'. Det var då jag fattade att 'Aha, man kan prata om det istället för att bara bli förbannad och smälla i dörrar'. Det var det, det var den lilla biten jag hajade då.

(Maria)

Bättre rutiner. Mimmi, som huvudsakligen betraktade RAINBOW som en studiegrupp, hade dock svårare att omsätta sina teoretiska kunskaper i praktiken. Ett exempel på detta är att Mimmi hade dåliga rutiner kring sömn och medicinering vid tiden för behandlingen och kände ett starkt motstånd att förändra dessa rutiner – trots att hon hade fått veta att rutiner var viktiga. Mimmi förklarade motståndet med att hon vid tiden för behandlingen inte gillade rutiner överhuvudtaget och att hon var envis som person. Men "det har fastnat i mitt huvud att man ska ha rutiner" menade Mimmi som i många sammanhang inom vården, och under RAINBOW-behandlingen, fått höra om hur viktigt det är med rutiner. En tid efter behandlingen hade hon därför till slut lyckats skapa goda rutiner kring medicin och sömn. Mimmi berättade att det är en skillnad på att förstå att rutiner är viktiga och att faktiskt lyckas omsätta denna insikt i praktisk handling. Nu hade hon dock genom egen erfarenhet börjat inse hur betydelsefulla rutinerna var för att hon skulle må bra:

Det var inte svårt att förstå, men det var svårt att göra. Alla tyckte nog att det här med rutinerna var svårt. Jag tror, på riktigt, att även vanliga tonåringar har väldigt svårt att gå och lägga sig i tid. Nu har inte jag det längre för jag går och lägger mig rätt ofta i tid, men jag hade det då [...] Det är skillnad mellan att säga och att göra, man kan säga vad som helst, men det är inte säkert att man gör det.

(Mimmi)

Mammas lärande

Maria, Mimmi och Karin hade lagt märke till att deras mammor hade fått en ökad kunskap om deras sjukdom och hur den fungerar. Det var dock en stor skillnad mellan deras upplevelser av hur mammornas lärande påverkat deras egen situation. Maria upplevde att hennes mamma efter behandlingen förstod henne betydligt bättre och att deras relation markant förbättrades. Förändringen menade hon till stor del var en följd av behandlingen. Mimmi och Karin upplevde dock inte att relationen till mammorna var tydligt förändrad efter behandlingen, trots att deras mammor lärde sig mer om deras sjukdom.

Mammas ökade förståelse. Maria ansåg att hennes mammas förståelse för henne hade ökat avsevärt genom RAINBOW-behandlingen. Mammans ökade förståelse bidrog till att de kunde kommunicera med varandra istället för att bråka. Tidigare hade de ofta bråkade med varandra, men Maria fann helt enkelt inte längre någon anledning till att hamna i konflikt med mamman. Relationen till mamman förbättrades alltså på det hela taget och de inrättade även en särskild mamma-dotter-dag i månaden efter att behandlingen avslutades. Skillnaden var så markant att hon ibland upplevde tillvaron hemma som tråkig. Maria berättade att även hennes pappa hade uppmärksammat att livet i hemmet nu hade förändrats till att vara ovanligt tyst och stillsamt.

Hon [mamma] fattar vad jag menar när jag börjar hoppa och skrika och stampa och smälla igen dörrar, det gjorde hon inte innan, det var då [under behandlingen] hon började förstå.

(Maria)

Mammas ökade kunskap. Mimmi och Karin upplevde att deras mammor hade lärt sig en hel del om sjukdomen genom behandlingen. Det hade dock inte inneburit att mammorna förstod dem särskilt mycket bättre. Karin menade att den ökade kunskapen användes lite

mekaniskt av mamman och att mammans försök att hjälpa och att nå fram till henne inte alltid stämde med hennes upplevelse:

Jag tror att det blev väldigt mycket såhär att när föräldrarna sitter där så förstår de, de försöker förstå det som står på pappret. Men det är inte alltid att man känner precis så som det står på pappret. Så blir man utfrågad liksom: 'Nu vet ju jag att det är såhär du känner'. Så är det inte, för alla känner olika.

(Karin)

Även Mimmi menade att kunskapen som mamman hade tillägnat sig inte hade förändrat relationen mellan dem speciellt mycket. Förvisso hade kommunikationen med mamman förbättrats något efter behandlingen, men för övrigt tyckte inte Mimmi att relationen hade blivit bättre. Mimmi tänkte att det kanske berodde på att det i allmänhet kan vara svårt att förstå sjukdomen:

Hon [mamma] lärde sig rätt mycket av det [behandlingen], men vi gjorde inte läxorna vi skulle göra. Jag tycker inte att hon fick en större förståelse, egentligen. Fastän hon vet mer så förstår hon nog inte lika mycket. Men jag tror också att det är svårt att förstå som förälder.

(Mimmi)

Sammanfattning

I ungdomarnas berättelser har jag identifierat ett par viktiga processer under behandlingens gång som kan tolkas som viktiga för att förstå ungdomarnas upplevelse av behandlingsutfallet. Dessa processer har jag kallat: *identifikation med diagnosen*, *känsla av gemenskap* och *gjorde inte hemuppgifter*. Deltagarnas kunskap om, och identifikation med, diagnosen vid behandlingens start skulle kunna påverka upplevelsen av behandlingsutfallet för respektive deltagare. Deltagarna i denna studie som rapporterar en positiv inställning till diagnosen, eller börjar identifiera sig med diagnosen under behandlingens gång, rapporterar även en större grad av utbyte av behandlingen.

En annan process under behandlingen som kan tolkas som potentiellt viktig för utfallet av behandlingen i denna studie är ungdomarnas känsla av gemenskap med övriga deltagare i behandlingsgruppen. Skillnaderna i ungdomarnas förhållningssätt till gemenskapen i behandlingsgruppen kan tolkas som en viktig komponent för att förstå

skillnaderna i hur deltagarna använde sig av gemenskapen i behandlingsgruppen under behandlingens gång. För några deltagare begränsades känslan av gemenskap till en positiv social upplevelse medan andra använde sig av gemenskapen även som en resurs för det egna lärandet. De ungdomar som beskriver gemenskapen i behandlingsgruppen i termer av en positiv social upplevelse rapporterar samtidigt att de inte haft någon större nytta av den teoretiska kunskapen som förmedlades under behandlingen. De fick mer vetskap om sjukdomens olika symtom och hur de skulle kunna hanteras men de rapporterar samtidigt att denna kunskap inte påverkade deras självbild eller omvandlades till praktisk handling. Hur ungdomarna tog sig an hemuppgifterna som ingår i behandlingen kan också tolkas som en potentiellt viktig faktor för att förstå upplevelsen av utfallet. Eftersom hemuppgifterna, enligt tre av ungdomarna, sällan blev gjorda är det inte förvånande att dessa ungdomars kunskap framförallt verkar ha utvecklats på ett teoretiskt snarare än ett praktiskt plan.

Ungdomarnas berättelser kan tolkas som att deras ökade teoretiska kunskap om sjukdomen är det mest markanta utfallet av behandlingen. Som tidigare nämnts varierade dock ungdomarnas uppfattningar om hur användbar den ökade teoretiska kunskapen var för dem själva. Deltagarna uppfattade också att deras mammor hade lärt sig mycket om sjukdomen, men det var endast en av ungdomarna som kände att mamman verkligen hade förstått den teoretiska kunskapen så pass väl att mammans kunskap bidrog till ett bättre klimat hemma. För en översikt över resultatet, se tabell 1.

Tabell 1. Resultatöversikt

TEMATISKT INNEHÅLL I INTERVJUERNA			Maria	Mimmi	Kajsa	Karin
Innan behandling	Deltagande förälder i behandlingen	Mamma	Ja	Ja	Ja	Ja
		Pappa	Nej*	Nej**	Nej	Nej*
	Relation till familjen	Mamma	-	+/-	+	+
		Pappa	-	+/-		-
		Syskon	-			+
	Pågående medicinering		+/-	-	+	-
	Motiverad att delta i behandling			+	-	-
	IDENTIFIKATION MED DIAGNOS		Ja	Ja		
Under behandling	KÄNSLA AV GEMENSKAP	Social upplevelse	Ja	Ja	Ja	Ja
		Studie- grupp		Ja		
		Stödgrupp för problemlösning	Ja			
	GJORDE INTE HEMUPPGIFTERNA			Sällan	Sällan	Sällan
	TEORETISK KUNSKAP			Ja	Ja	
Efter behandling	PROBLEM- HANTERING OCH RUTINER	Ta itu med problem direkt	Ja			
		Bättre rutiner		Ja		
	MAMMAS LÄRANDE	Ökad förståelse	Ja	Nej	Nej	Nej
		Ökad kunskap	Ja	Ja		Ja

Svarta fält = innehållet har inte nämnts/varit tydligt påtalat i intervjun

* Avhopp

** Moderns sambo deltog

- Fungerar dåligt (familjerelation, medicinering)/Nej (motivation)

+/- Fungerar sådär (familjerelation, medicinering)

+ Fungerar bra (familjerelation, medicinering)/Ja (motivation)

Diskussion

Tidigare forskning har visat att psykoterapipatienter ofta uppfattar framgång i behandlingen utifrån andra kriterier än vad professionella behandlare gör (McLeod, 2011). Den här studien har tagit fasta på detta och därför utgått helt och hållet från patienternas perspektiv med syfte att besvara följande tre forskningsfrågor: *Vilken betydelse har RAINBOW haft för deltagarna under behandlingens gång? Vilka effekter upplever deltagarna att behandlingen resulterat i? Vilka faktorer verkar vara betydelsefulla för att förstå behandlingens utfall?* Resultatet visar att deltagandet i RAINBOW kunde ha olika betydelse för deltagarna och att upplevelsen av samma behandlingseffekt kunde upplevas olika av individerna, vilket framgår nedan.

Gruppterapi snarare än familjeterapi

I ungdomarnas berättelser framkom det att RAINBOW:s betydelse för dem, under själva behandlingen, framförallt var känslan av gemenskap. För samtliga innebar gemenskapen en positiv *social upplevelse* där de kände sig mindre ensamma och udda. Klimatet verkar också ha präglats av öppenhet och samarbete. Öppenheten och samarbetet inom gruppen indikerar att det fanns en god sammanhållning i gruppen. Enligt Sandahl (2008) är en god sammanhållning nödvändig för att gruppen ska kunna arbeta terapeutiskt. Tecken på att sådana terapeutiska processer förekom är att känslan av gemenskap inte bara gestaltades som en social upplevelse utan även som en stödgrupp för problemlösning (Maria) och en studiegrupp som bidrog till fördjupad självförståelse (Mimmi). Detta resultat stämmer även väl överens med avsikterna bakom RAINBOW i gruppformat där erfarenheterna av ett positivt socialt sammanhang är en av behandlingens hörnstenar (West et al., 2009). Den sociala upplevelsens betydelse i gruppterapi har även bekräftats i flera andra studier (Sandahl, 2008).

Mot denna bakgrund är det inte förvånande att känslan av gemenskap var central i intervjuerna, men däremot är det anmärkningsvärt att föräldrarna inte inkluderades. Att betydelsen av behandlingen uteslutande beskrevs i termer av gemenskap inom den *egna* behandlingsgruppen betyder att RAINBOW i gruppformat, ur patienternas synvinkel, i första hand betraktas som en gruppbehandling och inte som en familjeterapi.

Upplevelsen av behandlingsutfallet

Behandlingsutfallet som respondenterna redogjorde för i denna studie var: ökad teoretisk kunskap om sjukdomen, beteendeförändringar i form av ökad förmåga att ta itu med

problem och förbättrade rutiner, samt ökad kunskap och förståelse hos mammorna. Dessa typer av utfall kan sägas vara förväntade eftersom de i ligger i linje med avsikten med interventionerna i RAINBOW (Pavuluri et al., 2004; West et al., 2009; West & Weinstein, 2012). Vad som däremot är intressant är att resultatet visar att samma typ av utfall kan vara olika betydelsefull för olika individer.

Skillnaderna i olika behandlingsutfalls betydelse blev till exempel tydlig när det gällde teoretisk kunskap. Även om ungdomarna nämnde explicit i intervjuerna att de hade lärt sig mer om bipolär sjukdom, betydde inte detta automatiskt att de upplevde att kunskapen hade påverkat dem i deras vardag. I något fall upplevdes den teoretiska kunskapen inte ha haft någon effekt alls i praktiken (Kajsa), medan den i ett annat fall upplevdes som ett viktigt redskap för att kunna förklara sin sjukdom för omgivningen och därmed också få ökad förståelse från andra (Mimmi).

Även när det gällde upplevelsen av utfallet av de specifika behandlingskomponenterna i RAINBOW så framgår skillnader mellan ungdomarna i materialet. Någon upplevde att det primärt var komponenten problemhantering som hade resulterat i en varaktig förändring (Maria), medan någon annan (Mimmi) främst upplevde att komponenten rutiner skapat bestående förändringar (Mimmi). Denna studie kan därför sägas bekräfta tidigare forskningsstudier som har visat att RAINBOW resulterar i olika effekter beroende på individ (Bäckström & Lecerof, 2012).

Föräldradeltagande med genusproblematik

En aspekt kring de rapporterade effekterna som bör framhållas är att endast mammornas lärande diskuterades i intervjuerna eftersom papporna inte deltog i behandlingen. Denna genusproblematik har, såvitt jag känner till, inte framkommit i tidigare forskningsstudier inom området. Varför papporna inte deltog är dock oklart. Förklaringarna som gavs av respondenterna var att papporna inte hade tid (på grund av arbete), att papporna själva mådde dåligt eller att papporna inte gillade behandlingen. Att mammorna skulle ha deltagit i behandlingen till följd av att de hade mycket mera tid, mådde mycket bättre eller gillade behandlingen avsevärt mer än papporna låter inte som hela förklaringen. Snarare verkar orsaken till pappornas frånvaro egentligen ligga på ett annat plan. Eftersom RAINBOW bland annat syftar till att förbättra relationerna inom familjen, och påverka familjeklimatet i positiv riktning, krävs rimligen att båda föräldrarna deltar i behandlingen. En viktig uppgift inför framtiden bör därför vara att undersöka hur man kan öka pappornas engagemang och deltagande i behandlingen.

Faktorer som kan tolkas som betydelsefulla för utfallet

Vad är det då för villkor som verkar vara betydelsefulla för att förstå behandlingens utfall? En viktig faktor som redan har diskuterats är vilken mening ungdomarna tillskriver behandlingen i denna studie. De två ungdomar som framförallt framhöll att deltagandet i RAINBOW var en social upplevelse upplevde samtidigt att utfallet av behandlingen främst var ökad kunskap om sjukdomen, antingen hos ungdomen själv (Kajsa) eller hos mamman (Karin). En möjlig hypotes är därför att för att åstadkomma effekter på ett djupare plan krävs att deltagarna betraktar RAINBOW som en resurs för lärande och personlig utveckling, exempelvis i form av en studiegrupp (Mimmi) eller en stödgrupp för problemlösning (Maria). I de två senare fallen fanns det även en starkt uttalad identifikation med diagnosen, vilket kan tyda på att detta kan vara en viktig bakgrundsfaktor för att förstå behandlingens utfall. Resultatet tyder på att ytterligare tre faktorer skulle kunna ha haft betydelse för deltagarnas upplevelse av behandlingen och dess utfall: (1) upplevt behov av behandlingen, (2) i vilken mån hemuppgifterna genomfördes, samt (3) behandlingens längd.

Upplevt behov av behandling. När det gäller deltagarnas upplevda behov av att få behandling blev det tydligt i resultatet att detta kan ha spelat en roll för hur utfallet av behandlingen upplevdes. När medicinen och de egna strategierna redan upplevdes fungera bra (Kajsa) eller när det fanns en misstro till att behandlingens tekniker och övningar skulle kunna vara hjälpsamma (Karin) kan detta ha bidragit till ett minskat upplevt behov av behandlingen. Detta skulle i sin tur kunna tolkas som en orsak till att det långvariga utfallet av behandlingen var otydligt för dessa deltagare. Behovet som behandlingen istället verkar ha uppfyllt för dessa ungdomar var att få umgås med andra i en liknande situation. Jag uppfattar det som att de ungdomar som däremot menade att de mådde sämre vid behandlingsstart (Mimmi) och själva upplevde ett behov av stöd (Maria) upplevde att de fick ut mer av sitt deltagande i RAINBOW. Detta resultat kan relateras till studien av MacPherson et al. (2014) där det har konstaterats att högre grad av funktionsnedsättning gav större möjligheter att få effekt av en liknande psykosocial behandlingsmodell (MF-PEP) för barn med bipolär sjukdom.

Genomförande av hemuppgifter. En annan faktor som skulle kunna tolkas som betydelsefull för att förstå upplevelsen av behandlingens utfall är i vilken utsträckning deltagarna rapporterade att hemuppgifterna utfördes. I denna studie rapporterade tre av fyra deltagare att de sällan hade gjort sina hemuppgifter (Mimmi, Kajsa, och Karin), vilket kan tolkas som en starkt bidragande förklaring till att behandlingens effekter inte alltid var särskilt påtagliga. Denna tolkning stöds av tidigare forskning kring olika typer av KBT-behandlingar som visar på ett positivt samband mellan behandlingsutfall och i vilken utsträckning

patienterna genomfört hemuppgifterna (Andersson & Mörtberg, 2008). I kombination med den bristen på integration mellan ungdomsgrupp och föräldragrupp under behandlingssessionerna, kan det följaktligen vara relevant att reflektera över om RAINBOW i gruppformat eventuellt lägger för stort ansvar på familjerna att själva ta tag i hemuppgifterna. Problemen kan vara specifika för respektive familj och exempelvis röra olika uppfattningar om hur och när uppgifterna ska genomföras, hur tid för att genomföra uppgifterna ska frigöras i vardagen etcetera. En utveckling av RAINBOW i gruppformat skulle i så fall kunna inkludera ett moment där föräldrar och ungdomar tillsammans går igenom hemuppgifterna och får möjlighet att diskutera eventuella problem kring detta med behandlarna.

Behandlingens längd. Avslutningsvis kan även upplevelsen av behandlingens längd indikera en faktor av betydelse för behandlingens utfall. Eftersom flera av respondenterna menar att behandlingen gärna hade fått pågå under en längre tid skulle en hypotes kunna vara att fler sessioner hade kunnat bidra till ett mer kraftfullt och tydligt upplevt behandlingsutfall. Det finns flera skäl som talar för denna hypotes. Ett skäl är att fortsatt stödjande behandling efter RAINBOW visat sig vara värdefull för att vidareutveckla och upprätthålla behandlingseffekterna hos patienterna (West et al., 2007). Enligt West et al. (2007) kan en sådan stödjande fortsättningsbehandling hjälpa patienterna att exempelvis hantera svårigheterna med att omvandla den teoretiska kunskapen till praktisk handling.

Ett annat skäl, som också talar för att den tidsmässiga längden på behandlingen kan ha spelat en roll för behandlingsutfallet, är kopplad till deltagarnas allians med gruppen som helhet. En allians till gruppen som helhet betyder att deltagaren upplever att hon eller han kan vara öppen med sina personliga känslor och tankar. När gruppdeltagaren kan vara öppen med sina känslor och tankar kan gruppen erbjuda en möjlighet ”att pröva nya vägar för kommunikation och problemlösning som uppstår i relation till andra människor, liksom att uppmärksamma och uttrycka känslor” (Sandahl, 2008, s. 112). I resultatet till denna studie fanns det två deltagare som uttryckligen hade använt sig av gruppen som terapeutisk resurs på detta vis (Maria och Mimmi), medan övriga inte uttalade sig lika tydligt i dessa termer (Kajsa och Karin). Enligt Sandahl (2008) tar utveckling av allians till en grupp vanligen längre tid jämfört med andra former av terapi eftersom alliansen ska byggas i förhållande till flera personer samtidigt som även är okända för deltagaren vid behandlingsstarten (Sandahl, 2008). Upplevelsen av behandlingsutfallet i denna studie skulle således kunna förstås som att några respondenter aldrig hann utveckla en tillräckligt stark allians med gruppen som helhet för att de skulle kunna dra nytta av gruppen fullt ut ur ett psykoterapeutiskt perspektiv. Det kan därför vara motiverat att utöka antalet sessioner när RAINBOW genomförs i gruppformat.

Studiens begränsningar

Ursprungligen var tanken med denna uppsats att studera fenomenet ur både föräldrarnas och ungdomarnas perspektiv, vilket hade varit väl anpassat till grundad teori. Utöver de fyra ungdomsintervjuer som ingår i denna studie finns det således även sex föräldraintervjuer som genomfördes men aldrig analyserades på grund av tidsbrist. Att genomföra grundad teori med enbart fyra intervjuer som grund för analysen är dock inte optimalt, eftersom urvalsstorleken i studier som använder denna typ av metod brukar vara runt 15 deltagare (McLeod, 2011). I samband med att jag blev tvungen att minska analysmaterialet till att endast omfatta ungdomsintervjuerna övervägde jag ett tag att övergå till fallstudiemetodik istället, men intervjumaterialet uppfyllde dessvärre inte fallstudiemetodikens krav på djup och komplexitet. Följaktligen behölls grundad teori som metodologisk ansats trots att urvalsstorleken egentligen var bättre anpassad för fallstudier. Även om detta kan ses som en svaghet ur ett metodologiskt perspektiv, är resultaten från studien intressanta och värdefulla i sig, och de kan ligga till grund för vidare datainsamling med grundad teori som ansats.

Urval. Studiens respondenter valdes eftersom de hade erfarenhet av att delta i behandlingen som varit studiens fokus – RAINBOW i gruppformat. Antalet möjliga respondenter var dock mycket begränsat till följd av de urvalskriterier som formulerades. Det innebar att endast fyra individer uppfyllde urvalskriterierna vid tiden för studiens genomförande. Det begränsade urvalet betyder att studiens resultat i första hand får anses gälla för deltagarna i studien. Det begränsade urvalet gör även att resultatet av denna studie snarast får betraktas som en ansats till en grundad teori om hur ungdomar med bipolär sjukdom upplever deltagandet i, och effekterna av, behandling enligt RAINBOW-modellen i gruppformat.

Ytterligare en konsekvens av det begränsade urvalet av möjliga deltagare var att samtliga rekryterade respondenter hade deltagit i samma behandlingsgrupp i den behandling som utgjort studiens fokus. Att respondenterna ingick i samma behandlingsgrupp kan dock ses både som en svaghet och en styrka för studien. Om deltagarna i studien rekryterats ur olika behandlingsgrupper hade det varit möjligt att undersöka skillnader och likheter, inte bara mellan olika deltagare, utan även mellan olika behandlingsgrupper. Å andra sidan kan det ses som en styrka att deltagarna medverkat i en och samma behandlingsgrupp. Detta innebar nämligen att en och samma grupp- och behandlingsprocess kunde studeras ur flera olika komplementära perspektiv.

Ett alternativ hade varit att välja bort urvalskriteriet att deltagarna skulle ha avslutat behandlingen 6 till 12 månader före intervjutillfället. Detta hade inneburit att fler deltagare hade kunnat rekryteras, och även deltagare ur olika behandlingsgrupper. Å andra sidan hade det inneburit skillnader mellan deltagarna med avseende på hur lång tid som passerat mellan avslutad behandling och genomförandet av intervjuerna. Detta hade i sin tur försämrat möjligheten till jämförelser mellan deltagarna eftersom avståndet i tid påverkar vad vi minns från händelser vi varit med om.

Datainsamling. Studiens data samlades in vid endast ett tillfälle på grund av att det inte fanns tid och resurser för datainsamling vid flera tillfällen. Detta var också anledningen till att den förkortade versionen av grundad teori användes. Att endast genomföra en datainsamling innebär självfallet en begränsning i jämförelse med att genomföra flera datainsamlingar som vid användandet av en fullskalig version av grundad teori. Inte minst för att medvetenhet om luckor och oklarheter i materialet framförallt skapas i samband med att analysarbetet påbörjats. Fortsatt datainsamlande med utgångspunkt i mellanliggande analyser av insamlat material hade därför med all säkerhet ökat den grundade teorins dignitet.

Intervjuguiden användes i första hand för att säkerställa att potentiellt betydelsefullt och viktigt material för att förstå respondenternas erfarenheter och uppfattningar inte tappades bort. I praktiken behövde dock sällan varje förberedd fråga ställas i varje intervju eftersom de besvarades spontant under det att samtalen utvecklade sig. Att använda en intervjuguide innebär samtidigt en viss risk för att annat värdefullt material inte kommer fram under intervjuerna. Min egen upplevelse är dock att respondenterna inte kände sig begränsade i sitt berättande till följd av min användning av en intervjuguide.

Jag uppskattar att min förmåga att genomföra intervjuer är ganska väl utvecklad, bland annat till följd av mina psykologstudier. Jag fann det också relativt enkelt att under intervjuerna låta respondenten styra samtalet och försöka begränsa mig till att ställa följdfrågor och kortare återkopplingar när samtalet stannade upp. Samtidigt medger jag att det emellanåt var svårt att i stunden, under intervjun, snabbt avgöra vad som behövde klagöras med hjälp av följdfrågor. Återigen hade ett metodval där flera datainsamlingar och analyser hade kunnat genomföras varit värdefullt för att förstärka studiens resultat.

Min förförståelse påverkade även intervjuerna på andra sätt. Min egen förförståelse kring psykisk ohälsa gjorde exempelvis att jag blev mycket överraskad när en respondent menade att hon inte alls tyckte att det var jobbigt att leva med bipolär sjukdom. Jag blev så förvånad av denna kommentar att jag först senare under intervjun kunde närma mig ämnet på nytt och undersöka vad respondenten menat.

Villkoren för att jag skulle få genomföra denna studie var att alla kontakter förmedlades av behandlingspersonalen vid Teamet för psykos och bipolära tillstånd, samt att deras forskningsansvariga fick tillgång till intervjumaterialet efter deltagarnas informerade samtycke. Detta kan ha påverkat resultatet på olika sätt. Genom att jag av juridiska skäl behövde kontakta respondenterna via deras kontaktpersoner på mottagningen finns en risk för att jag av respondenterna uppfattades som en representant för mottagningen, det vill säga Teamet för psykos och bipolära tillstånd. Om jag som intervjuare uppfattades som en representant för mottagningen kan respondenterna ha känt sig obekväma att framföra eventuell kritik mot behandlingen. För att förtydliga min oberoende ställning i förhållande till mottagningen erbjöds respondenterna att genomföra intervjun i hemmet eller i en lokal vid Lunds universitet. Två respondenter valde dock att genomföra intervjun på mottagningen av praktiska skäl. Min uppfattning är dock att respondenterna kände sig fria att öppet berätta om sina erfarenheter av behandlingen oberoende av om deras erfarenheter kunde uppfattas som kritik mot behandlingen eller inte.

Analys och resultat. Det är högst sannolikt att jag, med min specifika förförståelse, i flera avseenden har påverkat analysen och därmed det framväxande resultatet. Jag tror dock att min förförståelse kring psykoterapeutisk behandling både har utgjort en styrka och svaghet för studien. Att jag inte uppfattar mig som anhängare av någon specifik psykoterapeutisk behandlingsmetod tror jag exempelvis har hjälpt mig att förhålla mig relativt neutral i förhållande till studiens problemområde. Samtidigt har mina förvärvade kunskaper om kognitiv beteendeterapi gjort att jag exempelvis kunnat förstå hemuppgifternas funktion i den behandlingsmetod som utgjort studiens fokus.

Framtida forskning

Denna studie har undersökt hur patienter, ungdomar med bipolär sjukdom, har upplevt deltagandet i en psykosocial gruppbehandling – RAINBOW i gruppformat. Vidare har studien utforskat vilka effekter ungdomarna upplever att behandlingen resulterat i. Studien bidrar även till att öka förståelsen kring vilka faktorer som kan vara viktiga för behandlingens utfall med utgångspunkt i ungdomarnas perspektiv. RAINBOW i gruppformat riktar sig dock även till patienternas föräldrar och syftar till att påverka relationerna inom familjen. Initialt fanns det ambitioner att även inkludera föräldrarna i denna studie, men av tidsmässiga skäl blev inte detta möjligt. Framtida forskning borde därför undersöka hela familjesystemets upplevelser av en och samma behandling. Detta skulle kunna öka förståelsen för de processer och faktorer som påverkar deltagarnas upplevelser av behandlingen och dess utfall.

Ett annat intressant problemområde för framtida forskning är om, och i så fall hur, upplevelsen av RAINBOW i gruppformat skiljer sig från upplevelsen av RAINBOW för enskilda familjer. Med tanke på att ungdomarna och föräldrarna behandlas tillsammans under vissa sessioner i RAINBOW för enskilda familjer, men inte i RAINBOW i gruppformat, är det troligt att även deltagarnas erfarenheter av att delta i dessa versioner av behandlingen skiljer sig åt. En sådan studie skulle exempelvis kunna ge indikationer på vilken version av behandlingen som passar vilken patient eller familj bäst. En sådan jämförande studie skulle även kunna ge viktiga bidrag till förståelsen kring skillnader och likheter mellan familje- och gruppbehandlingar för denna patientgrupp och deras anhöriga rent generellt.

Avslutningsvis uppmärksammade jag, i och med genomförandet av denna studie, att patienternas pappor inte deltog i behandlingen. Med tanke på att RAINBOW är en behandling för hela familjen borde även pappornas deltagande i behandlingen vara betydelsefull. Det vore exempelvis mycket intressant att genomföra en intervjustudie med de pappor som påbörjar men hoppar av behandlingen. Vad är det som gör att de avslutar behandlingen? Vad skulle kunna få dem att stanna kvar i behandlingen?

Referenser

- Andersson, G. & Mörtberg, E. (2008). Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendearterad terapi (KBT). I B. Philips & R. Holmqvist (red.) *Vad är verksamt i psykoterapi?* (pp. 68-98). Stockholm: Liber.
- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Birmaher, B. (2013). Bipolar disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 140-148. doi: 10.1111/camh.12021
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Bäckstöm, B. & Lecerof, F. (2012). *A case series of family-focused cognitive-behavioral therapy "RAINBOW" för pediatric bipolar disorders adapted to adolescents in Sweden*. (Psykoterapeutexamensuppsats), Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. (2nd ed.). London: Routledge.
- Carr, A. (2009). Bipolar disorder in young people: description, assessment and evidence-based treatment. *Developmental Neurorehabilitation* 12(6), 427-441. doi: 10.3109/17518420903042454
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE.
- Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon*. (4:e upplagan). Stockholm: Natur & Kultur.
- Fristad, M. A. & MacPherson, H. A. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 43(3), 339-355. doi: 10.1080/15374416.2013.822309
- Henwood, K. L. & Pidgeons, N. F. (1992). Qualitative research and psychological theorizing. *British Journal of Psychology* 83, 97-111.
- Geller, B., Bolhofner, K., Craney, J. L., Williams, M., Del Bello, M. P., & Gundersen, K. (2000). Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(12), 1543-1548. doi: 10.1097/00004583-200012000-00018
- Goldstein T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Esposito-Smythers, C., Ryan, N. D., Strober, M. A., Hunt, J. & Keller, M. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *Journal of Affective Disorders* 114, 174-183. doi: 10.1016/j.jad.2008.07.001

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a upplagan) Lund: Studentlitteratur.
- MacPherson, H. A., Perez Algorta, G., Mendenhall, A. N., Fields, B. W., & Fristad, M. A. (2014). Predictors and moderators in the randomized trial of multifamily psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 43(3), 459-472. doi: 10.1080/15374416.2013.807735
- McLeod, J., (2011). *Qualitative reseach in counselling and psychotherapy*. Londion: SAGE.
- Medenhall, A. N., Fristad, H. A., & Early, T. J. (2009). Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: effects of multifamily psychoeducation groups (MFPGs). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(3), 463–473. doi: 10.1037/a0014527
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *American Journal of Psychiatry* 165(11), 1408-1419. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040488
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., George, E. L., Taylor, D. O., Schenck, C. D., Sullivan, A. A., Dickinson, L. M., & Birmaher, B. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48(6), 643-651. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181a0ab9d
- Pavuluri, M. N., Graczyk, P. A., Henry, D. B, Carbray, J. A., Heidenreich, J, & Miklowitz, D. J. (2004). Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43(5), 528-537. doi: 10.1097/00004583-200405000-00006
- SFS, 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.
- Sandahl, C. (2008). Gruppens terapeutiska potential. I B. Philips & R. Holmqvist (red.) *Vad är verksamt i psykoterapi?* (pp. 99-119). Stockholm: Liber.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-08-06 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- Tweed, A. & Charmaz, K. (2012). Grounded theory methods for mental health practitioners. I D. Harper & A. R. Thompson (Eds.) *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners* (pp. 131-146). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.

- Washburn, J. J., West, A. E., & Heil J. A. (2011). Treatment of pediatric bipolar disorder: a review. *Minerva Psichiatrica* 52(1), 21-35. Hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150503/pdf/nihms312295.pdf>
- Weinstein, S. M., West A. E., & Pavuluri, M. (2013). Psychosocial intervention for pediatric bipolar disorder: current and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics* 13(7), 843-50. doi: 10.1586/14737175.2013.811985
- West, A. E., Jacobs, R. H., Westerholm, R., Lee, A., Carbray, J., Heidenreich, J. & Pavuluri, M. N. (2009). Child and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: pilot study of group treatment format. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 18(3), 239-246.
- West, A. E., Henry, D. B., & Pavuluti, M. N. (2007). Maintenance model of integrated psychosocial treatment in pediatric bipolar disorder: a pilot feasibility study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 205-212.
- West, A. E. & Weinstein, S. M. (2012). A family-based psychosocial treatment model. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 49(2), 86-94. Hämtad från <http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2012/07/04.pdf>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. (3rd ed.) Maidenhead: Open University Press.

Bilaga 1. Definitioner av bipolära syndrom i DSM IV TR

(källa: American Psychiatric Association, 2002)

- Bipolär I-syndrom: Minst en manisk episod.
- Bipolär II-syndrom: En eller flera episoder av både egentlig depression och hypomani men inte episoder av mani eller blandad form.
- Cyklotymi: Flera episoder av hypomani och flera episoder av depressionssymtom som inte uppfyllt kriterierna för episod av egentlig depression. Episoderna ska ha förekommit under en period av två år för vuxna eller ett år för barn och ungdomar.
- Bipolärt syndrom utan närmare specifikation (UNS): Bipolära symtom som inte uppfyller kriterierna för bipolär I, II eller cyklotymi.

Bipolärt syndrom UNS kan exempelvis innebära mycket hastiga svängningar mellan maniska och depressiva symtom där varaktighetskriteriet för manisk respektive depressionssymtom inte är uppfyllt. Ett annat exempel är hypomana episoder utan mellanliggande depressionssymtom.

Manisk episod

En distinkt period av ihållande och förhöjd expansiv eller irriterad sinnesstämning under en avgränsad period av minst en vecka (eller kortare om sjukhusvård är nödvändig). Under sjukperioden ska minst tre av följande symtom (fyra om sinnesstämningen bara är irriterad) påtagligt och ihållande funnits med i bilden:

- a. förhöjd självkänsla, eller grandiositet.
- b. minskat behov av sömn (t ex känner sig utvilad efter bara tre timmars sömn).
- c. mer pratsam än vanligt, eller svårighet att hålla tyst.
- d. tankeflykt, eller en upplevelse av att tankarna rusar genom huvudet.
- e. lätt distraherad (dvs uppmärksamheten dras alltför lätt till oviktiga eller irrelevanta yttre stimuli).
- f. ökad målinriktad aktivitet (på arbetet, i skolan, socialt eller sexuellt) eller psykomotorisk agitation.
- g. hänger sig åt lustbetonade aktiviteter med sannolikt obehagliga konsekvenser (t ex köpgalenskap, sexuella felsteg, omdömeslösa investeringsprojekt).

Förutom ovanstående kriterier ska inte symtomen samtidigt uppfylla blandad episod. Symtomen ska vara så allvarliga att det hindrar yrkesliv eller studier, sätter den privata ekonomin på spel och försvårar sociala kontakter. Alternativt ska slutna sjukvård vara motiverad för att förhindra skador på personen/andra eller förekomst av psykotiska drag.

Hypoman episod

Definieras på flera sätt enligt samma kriterier som manisk period men med några viktiga skillnader. Perioden måste även vid hypoman period vara distinkt och tydlig i relation till en neutral sinnesstämning men kravet på varaktighet begränsas till fyra dagar. Den förändrade sinnesstämningen ska vara iakttagbar för omgivningen men inte så allvarlig att den orsakar påtaglig social, ekonomisk eller yrkesmässig funktionsnedsättning. Förändringen ska inte heller föranleda att slutna sjukhusvård eller ha psykotiska inslag.

Egentlig depressionsepisod

Minst fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga.

- a. nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas av personen själv eller av andra. Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
- b. klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen.
- c. betydande viktnedgång, viktuppgång eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen. För barn ska utebliven, förväntad viktökning beaktas.
- d. sömnrörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt).
- e. psykomotorisk agitation, eller hämning, så gott som dagligen.
- f. svaghetskänsla, eller brist på energi, så gott som dagligen.
- g. känslor av värdelöshet, eller överdrivna, eller obefogade skuld-känslor nästan dagligen.
- h. minskad tanke- eller koncentrationsförmåga, eller obeslutsamhet, så gott som dagligen.
- i. återkommande tankar på döden, återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, genomfört självmordsförsök eller har planerat för självmord.

Inte heller ovanstående symtom ska samtidigt uppfylla kriterierna för blandad episod. Symtomen ska däremot orsaka signifikant lidande eller försämrad funktion i arbetsliv, studier, socialt eller i andra viktiga avseenden. Symtomen ska inte bättre förklaras med okomplicerad sorg. Okomplicerad sorg definieras bland annat i att de depressiva symtomen inte har varat längre än två månader efter närståendes död.

Blandad episod (mani/depression)

Kriterierna för både manisk episod och egentlig depressionsepisod är uppfyllda så gott som dagligen under minst en vecka. Kriteriet för varaktighet när det gäller manisk respektive egentlig depressionsepisod gäller då inte. För att kunna fastslå att blandad episod föreligger ställs i övrigt samma krav som vid manisk eller egentlig depressionsepisod.

För samtliga typer av episoder krävs att symtomen inte bättre kan förklaras av substanser (exempelvis narkotika eller mediciner) eller av somatiska sjukdomar eller skador.

Bilaga 2. Översikt över RAINBOW i gruppformat, session för session

(källa: West et al., 2009; West & Weinstein, 2012)

	Ungdomsgrupp	Föräldragrupp
Session 1	- Introduktion och förhållningsregler - Övningar för att etablera ett gott gruppklimat - teambuildning	- Introduktion och översikt
Session 2	- Information om sjukdomen och medicinering - Utveckling av ett gemensamt språk kring sjukdomen - Övningar för att etablera ett gott gruppklimat - teambuildning	- Psykoedukation kring diagnosen
Session 3	- Utbildning om affekter - Identifiera svåra känslor - Kognitiv omstrukturering - Övningar för att etablera ett gott gruppklimat - teambuildning	- Diskussion om vikten av rutiner - Identifiera och hantera barnets affekter
Session 4	- Identifiera svåra känslor och triggers för ilska och irritation - Kognitiv omstrukturering	- Utveckla effektivare sätt att hantera utagerande
Session 5	- Repetition - Utbildning i ABC-modellen för att koppla tankar-känsla-beteende	- Identifikation och utveckling av barnets positiva egenskaper - Tekniker för att öka den egna självkänslan och självförtroendet
Session 6	- Kognitiv omstrukturering - Utveckla problemlösningsfärdigheten	- Identifiera och omformulera negativa tankar - Medveten närvaro (Mindfulness)
Session 7	- Utveckla språket kring känslor - Utveckla kommunikationsfärdigheten	- Diskussion om betydelsen av goda kamratrelationer - Diskussion om vikten av en balanserad livsstil
Session 8	- Utveckla problemlösningsfärdigheten - Hantera svåra affekter	- Hantering och problemlösning i svåra situationer
Session 9	- Utveckla problemlösningsfärdigheten - Hantera svåra situationer	- Stärka samspel och relationer inom familjen
Session 10	- Öka självkänslan - Öka förmågan att söka stöd i det sociala nätverket	- Självomhändertagande - Användning av det egna sociala nätverket
Session 11	- Reflektera över behandlingen - Planera avslutningen	- Reflektion kring gruppens upplevelse och utvärdering
Session 12	- Plan för vidmakthållande och återfallsprevention	- Plan för vidmakthållande och återfallsprevention

Bilaga 3. Inbjudan och informationsbrev



Institutionen för psykologi



Teamet för psykos och bipolära tillstånd

Beata Bäckström
Överläkare och specialist
Barn- och Ungdomspsykiatriska
mottagningen
Lund Psykiatri Skåne
beata.backstrom@skane.se

Inbjudan och information till deltagare – Ungdom

Hej!

Jag skriver till Dig som deltog i "RAINBOW"-behandlingen vid Barn- och Ungdomspsykiatriska mottagningen (BUP) i Lund våren 2013. En student på psykologprogrammet vid Lunds Universitet kommer under våren 2014 skriva en examensuppsats om behandling enligt "RAINBOW"-modellen. Han är intresserad av Dina erfarenheter av hur det är att delta i en "RAINBOW"-behandling. Resultatet kommer att bidra till att behandlingsformen blir så god och effektiv som möjligt och eventuellt kan delar av resultaten komma att bli publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Din medverkan skulle vara mycket värdefull.

Att vara med i studien innebär att Du blir intervjuad i hemmet eller i lokaler vid Psykologiska Institutionen i Lund, beroende på vilket alternativ som passar Dig bäst. Intervjun tar ungefär en timme och ljudupptagning sker i syfte att underlätta analysen av materialet.

Deltagande i studien är frivilligt och påverkar inte vilken behandling Du får. Det är när som helst möjligt att avbryta Ditt deltagande i studien. Resultatet kommer att sammanställas och presenteras anonymiserat i en uppsats. Inga personuppgifter kommer att lämnas ut. Om Du är intresserad kan Du beställa och få läsa uppsatsen. Psykologstudenten kommer kontakta Dig per telefon inom ett par dagar för att höra om Du vill vara med i studien och, i så fall, boka in en tid för intervjun.

Om Du inte vill att studenten kontaktar Dig meddela mig via telefonnummer XXXX-XX XX XX eller via mejl beata.backstrom@skane.se. Om Du har frågor kring studien är Du välkommen att kontakta studenten direkt, se kontaktuppgifter nedan.

Som tack för medverkan får var och en som intervjuas en biobiljett (max två biobiljetter per familj).

Med vänliga hälsningar,

Beata Bäckström
Överläkare och specialist i Barn- och Ungdomspsykiatri
psykologstudent
Teamet för psykos och bipolära tillstånd
Barn- och Ungdomspsykiatriska mottagningen
Lund Psykiatri Skåne

Projektansvarig:
Max Karlsson,

Lunds universitet
max.karlsson.072student.lu.se
XXXX-XX XX XX

Bilaga 4. Intervjuguide

Under behandlingen

1. Hur var det var att vara med?
2. Någon speciell händelse du minns?
3. Hur var det att gå i behandling tillsammans med de andra ungdomarna?
4. Hur var det att ha med din/-a förälder/-ar på R.-behandlingen?
5. Hur var de som höll i behandlingen, tycker du?
6. Hur var det att arbeta med hemuppgifterna?

Efter behandlingen

7. På det hela taget hur har det varit för dig sedan behandlingen avslutades?
8. Tycker du att något särskilt som hände med...

a/...dig när du deltog i behandlingen?

b/...hur du hade det med föräldern/-arna som var med i behandlingen?

c/...hur du hade det i familjen?

d/...hur du hade det med andra människor?

(Om respondenten rapporterar förändringar)

9. Är dessa förändringar kvar idag?
10. Är det något särskilt du har tagit med dig från behandlingen?
11. Har behandlingen påverkat dig på något dåligt sätt?

Vad påverkade att du fick ut/ inte fick ut/ något av behandlingen?

(Om respondenten fått ut något av behandlingen.)

12. Vad var det som gjorde att du kunde få ut något av behandlingen, tror du?

(Om respondenten inte fått ut något av behandlingen)

13. Vad var det som gjorde att du inte fick ut något av behandlingen, tror du?

Bilaga 5. Samtyckesformulär



Institutionen för psykologi



Teamet för psykos och bipolära tillstånd

Beata Bäckström
Överläkare och specialist
Barn- och Ungdomspsykiatriska
mottagningen
Lund Psykiatri Skåne
beata.backstrom@skane.se

Information till deltagare – Ungdom

Studien syftar till att undersöka hur Du som deltog i "RAINBOW"-behandlingen våren 2013 vid Barn- och Ungdomspsykiatriska mottagningen (BUP) i Lund, upplevde behandlingen och om/hur, deltagandet påverkat Dig eller Din familj. Det insamlade materialet kommer att användas som underlag för en psykologexamensuppsats vid Lunds Universitet samt till att utveckla "RAINBOW"-behandlingen vid BUP och delar av materialet kan eventuellt komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift.

För att undersöka deltagarnas erfarenheter av behandlingen kommer intervjuer att genomföras. Ljudupptagning av intervjuerna kommer att göras för att underlätta analysen av dem. Ljudfilerna med intervjuerna raderas efter att uppsatsen är godkänd samt avidentifieras och hanteras i enlighet med sekretesslagstiftning.

Endast psykologkandidat Max Karlsson, uppsatshandledaren samt överläkare Beata Bäckström kommer att ha tillgång till materialet. Vi lyder under de sekretesslagar som enligt svensk lag gäller för hälso- och sjukvårdsverksamhet, bedriven av myndigheter eller kommunala företag.

Resultatet kommer att sammanställas och presenteras anonymiserat. Inga personuppgifter kommer att lämnas ut. Om Du är intresserad kan Du beställa och få läsa uppsatsen. Deltagandet i studien är frivilligt och påverkar inte vilken behandling Du får. Det är när som helst möjligt att avbryta Ditt deltagande i studien.

Projektansvarig:
Max Karlsson
psykologstudent
max.karlsson.072@student.lu.se
XXXX-XX XX XX

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien.

Datum

Deltagarens signatur

Deltagarens namnförtydligande