

EN STRIMMA HOPP I MÖRKRET-
En litteraturstudie om lidande och välbefinnande i samband med depression

Författare: Janna Abrahamsson
Maria Holmgren

Titel	En strimma hopp i mörkret- en litteraturstudie om lidande och välbefinnande i samband med depression
Författare	Janna Abrahamsson, Maria Holmgren
Utbildningsprogram	Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Handledare	Elin Forsgärde
Examinator	Mikael Rask
Adress	Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap
Nyckelord	Depression, Lidande, Välbefinnande

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Depression är en av de ledande orsakerna till sjukdom i världen och medför stora svårigheter att klara av vardagen och en försämrad livskvalitet. En allvarlig konsekvens av depression är risken för att ta sitt liv.

Syfte: Att belysa hur lidande och välbefinnande kan yttra sig hos män och kvinnor i samband med depression.

Metod: En litteraturstudie baserad på självbiografier. Analysen gjordes med hjälp av en kvalitativ manifest innehållsanalys och har en induktiv ansats.

Resultat: I biografierna framkom att depression medförde lidande med omfattande svårigheter både kroppsligt och kognitivt för människan. Destruktiva tankar var vanligt förekommande och ofta sågs döden som en sista utväg, men möjligheter fanns att med hjälp av stöd från omgivningen och aktiviteter återfå glädjen och meningen med livet.

Slutsats: Depression är en allvarlig sjukdom och sjuksköterskan måste vara medveten om risken för självmord som finns i samband med depression. Familj och vänner utgjorde ett ovärderligt stöd under sjukdomstiden. Genom att lyssna, stödja och försöka inge hopp om tillfrisknande samt att föreslå fysiska aktiviteter kan sjuksköterskan främja hälsa och välbefinnande hos människor i samband med depression.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Bakomliggande orsaker	1
Diagnostisering samt behandling	2
Symtom och dess konsekvenser	3
Depression ur ett genusperspektiv	3
TEORETISK REFERENSRAM	4
Livsvärld	4
Hälsa och välbefinnande	4
Lidande	5
Hopp	5
PROBLEMFÖRMULERING OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling	6
<i>Urvalsförfarande</i>	6
Analys	7
Etiska övervägande	8
RESULTAT	8
Känslan av att förlora sig själv	8
<i>Kroppsliga förändringar</i>	8
<i>Kognitiva och känslomässiga svårigheter</i>	9
Destruktiva tankar tar överhand	10
<i>Känslan av att vara övergiven och utelämnad</i>	10
<i>Att känna skuld och förakta sig själv</i>	10
<i>Känslan av att inte vilja leva längre</i>	11
Svårighet med att acceptera och bli accepterad i sin sjukdom	11
<i>Ovilja att kännas vid sjukdom</i>	11
<i>Smärtsamma kommentarer och handlingar</i>	12
Källor som möjliggör lindring	12
<i>Stöd från omgivningen</i>	12
<i>Grund för glädje och återhämtning</i>	13
Återvunnen livstro och nya insikter	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
<i>Förslag till fortsatt forskning</i>	18
Slutsatser	18
REFERENSER	19
BILAGOR	
1.Databassökningsöversikt	
2.Presentation av biografierna	

INLEDNING

Intresset för depression väcktes under den verksamhetsförlagda utbildningen inom psykiatrin. I mötet med människor som var deprimerade kom båda studieförfattarna att bli berörda och en önskan om en djupare förståelse för deras situation och upplevelser infann sig. Med en fördjupad insikt om depression och dess konsekvenser hoppas studieförfattarna att i framtiden kunna möjliggöra bättre vårdmöten.

BAKGRUND

Depression är en sjukdom som kan drabba människor oberoende av bakgrund, kön och ålder. I världen finns omkring 121 miljoner människor med depression och omkring år 2020 förväntas depression hamna på en andra plats över de sjukdomar som bidrar mest till den världsomfattande sjukdomsördan (WHO, Världshälsoorganisationen, 2012). Socialstyrelsen (2010) redovisar att ca 15 procent av samtliga män och 25 procent av samtliga kvinnor i Sverige kommer under livets gång att drabbas av en depression som kräver behandling (ibid.). Liknade siffror fast något högre påvisas i den senaste uppföljningen av Lundbystudien, där risken att under livstiden drabbas av depression uppskattas till 22,5 procent för män och 30,7 procent för kvinnorna (Mattisson, 2005). Lundbystudien är ett svenskt erkänt forskningsprojekt som utfört intervjuer med samtliga boende i orten Lundby vid tre olika tillfällen 1947, 1957, 1972 (Agerberg, 2011). En av anledningarna till att siffrorna kan variera mellan olika undersökningar beror på hur avgränsningen görs vad gäller depression (Socialstyrelsen, 2010).

Svårigheter att klara av sin vardag och försämrad livskvalitet är vanliga följder av depression som är en allvarlig sjukdom (Ibid.). Depression är ett begrepp som inom medicinen står för flera olika symtom som kan uppträda tillsammans, exempelvis nedstämdhet och dyster sinnesstämning. I samband med depression upplever de flesta ångest (Åsberg & Mårtensson, 2010). Vid ångest uppträder symtom som skräck, stark själslig smärta samt påtagliga känslor av olust. Vanligen följer också kroppsliga besvär som t ex hjärtklappning, spänningar i muskler, känsla av kvävning, besvär från magen och smärta. Ångest är ofta ett dominant symtom vid depression (Brenner, Rydell & Skoog, 2011), men ångest behöver inte finnas med för att diagnosen depression ska kunna fastställas (Åsberg & Mårtensson, 2010).

Merparten av alla självmord som begås orsakas av depression (Brenner, Rydell & Skoog, 2011) och enligt WHO (2012) inträffar 850 000 självmord i världen per år orsakade av depression. Oliffe, Ogradniczuk, Bottorff, Johnson och Hoyak (2012) visar i sin studie att samtliga deltagande män kopplar samman depression med tankar eller planer på att begå självmord. Deltagarna beskriver att de dessutom var förtegnade om att samtala med sjukvårdspersonal om sina tankar eller planer på självmord. En av anledningarna till detta var en rädsla att inte veta hur personalen kunde tänkas reagera och gå vidare med detta.

Bakomliggande orsaker

Arv och miljö tros samverka vid utvecklandet av en depression, men kunskapen om orsakerna till sjukdomen är i dagsläget oklara och begränsade. En minskning av signalsubstanserna serotonin, noradrenalin och dopamins cirkulation i hjärnan har vid depression dock kunnat konstateras (Larsson & Rundgren, 2010). Smärtsamma händelser i livet som t ex separation

och dödsfall kan utlösa en depression (Åsberg & Mårtensson, 2010). Kroppsliga sjukdomar exempelvis cancer, infektion och missbruk av alkohol kan även de orsaka depression. Även vissa läkemedel kan bidra till sjukdomen såsom betablockerare (blodtryckssänkande), kortikosteroider (kortison) och NSAID (antiinflammatoriskt) (Larsson & Rundgren, 2010). Människans personlighet är av betydelse för utvecklandet av depression och vissa människor har en sårbarhet som gör att han/hon lättare insjuknar (Åsberg & Mårtensson, 2010).

Depression kan delas in i olika grupper och om episoderna blir kroniska, men inte så djupa kallas det för dystymi. Depressionen går ofta i skov (kommer och går) och om enbart perioder av depression finns benämns tillståndet för unipolär depression. Det finns även en form där perioder av sjukdom pendlar mellan depression och mani (sinnesstämningen är förhöjd), så kallad bipolär sjukdom (Brenner, Rydell & Skoog, 2011). En särskilt svår form av depression är den melankoliska formen som karaktäriseras av att det till en början finns dygnsvariation, men med tiden blir det lika besvärligt dygnet runt (Ottosson, J-O., Ottosson, H., Ottosson, M., & Åsgård, 2010). Oavsett bipolär eller unipolär episod av depression så finns liknande symtom och påverkan på livskvalitet och funktionsförmåga under den depressiva perioden (Socialstyrelsen, 2010). Exempel på ytterligare depressioner är årstidsbunden depression som ofta bryter ut vintertid, men sedan försvinner. Det är vanligare att drabbas av detta i Norden med mörka och långa vintrar än för personer som lever på sydligare breddgrader (Agerberg, 2011). Långvarig stress i samband med arbete och familjeliv och t ex hot om att mista arbetet kan vara orsaker som leder till det som kan benämnas utmattningsdepression (Åsberg & Nygren, 2010). Postpartumdepression (förlossningsdepression) är ytterligare en form av depression som kan förekomma. Att drabbas av en depression efter att ha fött barn är en mycket större risk än någon annan gång i livet (Åsberg & Mårtensson, 2010).

Diagnostisering samt behandling

Primärvården (vårdcentral) tar emot och behandlar merparten av de vuxna och äldre som besväras av problem som oro, ångest, nedstämdhet och depression. I och med detta lägger Socialstyrelsen stor vikt vid att vårdmötet på denna nivå blir optimalt (Socialstyrelsen, 2010).

Förutsättningen för att få ett lämpligt omhändertagande, behandling och uppföljning är att diagnosen är rätt ställd. Symtomen till många psykiska sjukdomar liknar varandra och detta kan vara en orsak som försvårar att rätt diagnos ställs i inledningsfasen. Sjukdomen kan även yttra sig olika i olika åldrar (Socialstyrelsen, 2010). I Sverige finns två olika klassifikationssystem för att ställa diagnosen depression. Klassifikationen för sjukskrivning som används i Sverige heter ICD- 10, som uppdaterades 1997. Det andra systemet är snarlikt och heter DSM- IV, fördelen med det är att det möjliggör en mer heltäckande bild av patienten och bedömningen görs utifrån de fem axlarna symtomdiagnos, personlighetsstörning, kroppssjukdom, påfrestningar och funktionsnivå (Allgulander, 2008). För att kunna fastställa diagnos enligt ICD- 10 och DSM- IV måste tydliga kriterier ingå i symtombilden (Ibid.).

Det finns olika sätt att försöka behandla en depression. Behandling med läkemedel består till största del av antidepressiva. Antidepressiva läkemedel verkar i det centrala nervsystemets omsättning av serotonin, noradrenalin och dopamin som är viktiga signalsubstanser och har effekt på symtom och förmågan att fungera i vardagen (Socialstyrelsen, 2010). Effekten kan dröja upp till två veckor efter insättandet, därför är tålamod viktigt (Allgulander, 2008). Elektrokonvulsiv behandling (ECT) används vid svårare former av depression och i de fall läkemedelsbehandling inte uppnått effekt. Behandlingen framkallar ett epileptiskt anfall och

har ungefär samma effekt som de antidepressiva läkemedlen det vill säga stimulering av signalsubstanser, men effekten kommer snabbare än med antidepressiv behandling. Behandlingen ges vanligtvis tre gånger i veckan och antalet behandlingar varierar mellan sex till tolv (Allgulander, 2008). Även psykologisk behandling, psykoterapi är användbara behandlingsmetoder. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en av de vanligaste terapiformerna och fokus i behandlingen ligger på de svårigheter som personen upplever i nuläget (Socialstyrelsen, 2010). WHO (2012) menar dock att tillgång till effektiv behandling för dem i världen som drabbas av depression är mindre än 25 procent.

Symtom och dess konsekvenser

En betydande del i samband med depression är ett minskat känslomässigt intresse. Känslor av tomhet, likgiltighet och att inte förmå tänka positivt är mycket framträdande (Åsberg & Mårtensson, 2010). Tankarna hos den deprimerade präglas av dysterhet såväl i den nuvarande situationen som inför framtiden och dessa tankar upplevs omöjliga att göra sig av med (Ibid.). Andra vanliga symtom är svårigheter att koncentrera sig t ex att läsa en bok. Det blir också problematiskt att fatta även enklare beslut såsom att bestämma middagsmat (Åsberg & Mårtensson, 2010). Detta överensstämmer med Allan och Dixons (2009) studie som visar att varje dag blir en kamp att klara av vardagliga sysslor eller att fatta enkla beslut som att t ex ta på sig skorna. I studien framkommer även svårigheter att sätta igång aktiviteter, vilket skapar stor frustration hos deltagarna som beskriver att det är omöjligt att även försöka tvinga sig till att göra det. Vardagslivet präglas av bristande fysisk energi och orörlighet (Ibid.).

Tidigare forskning visar att ett minskat intresse för andra människor bidrar till svårigheter för den deprimerade i relationer med andra människor. Kvinnor i studien beskriver svårigheten att ta till sig andras känslor eftersom deras egna känslor kräver så mycket av dem (Rice, Grealy, Javid & Millan Serano, 2011). Känslan av att vara värdelös och att vara den som orsakar lidande inom familjen samt rädsla för att familjemedlemmar inte ska klara av situationen är också vanligt förekommande (Hedman Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2010). I tidigare studier om depression beskriver deltagare att de försöker upprätthålla en fasad, de klär på sig en ”mask” gentemot andra i ett försök att dölja sin depression och gömma sig för världen (Allan & Dixon, 2009; Rice et al, 2011). Känslor av självavsky samt att inte ha någon att tala med som bidrar till att deltagarna vill upprätthålla en fasad (Allan & Dixon, 2009). I studien av Rice et al. (2011) beskriver deltagarna att i samspel med andra som själva upplevt psykisk ohälsa eller med kvalificerad vårdpersonal kan deltagarna agera mer fritt och ”masken” behöver inte upprätthållas.

Det är vanligt att den deprimerade känner sig allmänt sjuk vilket kan bidra till att den sjuke upplevs hypokondrisk (inbillningssjuk) (Åsberg & Mårtensson, 2010). Det är dessutom vanligt att under depression besväras av kroppsliga åkommor såsom värk, sömnsvårigheter, aptitlöshet, andningssvårigheter och trötthet. Det är i många fall de kroppsliga besvären och inte så ofta de psykiska som gör att människor söker till sjukvården (Ibid.).

Depression ur ett genusperspektiv

I studien av Danielsson och Johansson (2005) framkommer att alla deltagarna i studien beskriver fysiska symtom, men med den skillnaden att män beskriver sina besvär mer till hjärtat medan kvinnors kroppsliga besvär koncentreras till magen. Fysiska symtom beskriver deltagarna som pådrivande för att söka sjukvård, men att de fysiska symtomen var tecken på depression kunde endast ett fåtal förstå (Danielsson & Johansson, 2005). Sett ur ett genusperspektiv visar studien av Danielsson och Johansson (2005) att män i sina berättelser

pratar mer ensidigt om sina fysiska besvär medan kvinnornas berättelser handlar mer om känslor av skam och skuld. Männens uppgav dessutom att de var fostrade med att hålla tillbaka sina känslor. Emslie, Ridge, Ziebland och Hunts (2007) studie redovisar att en god förmåga hos hälso- och sjukvårdspersonal att kommunicera uppskattas av både män och kvinnor. Män värdesätter vårdpersonalens kommunikationsförmåga och den underlättar för dem att prata medan kvinnor föredrar att bli lyssnade till. Att beskriva och sätta ord på känslorna framkommer som en svårighet hos såväl män som kvinnor, vilket försvårar för informanterna att söka vård. Det framkommer även att när deltagarna i studien hade som minst förmåga att be om hjälp så var behovet av hjälp som störst (Ibid.).

I studien av Bell et al. (2011) framkommer flera olika anledningar att inte söka hjälp vid depression. Den största anledningen är rädsla för läkemedel och rädslan var ännu mer framträdande om deltagarna inte hade en tidigare erfarenhet av läkemedelsbehandling. En annan aspekt är att informanterna upplever att det inte är primärvårdsläkarens uppgift att hantera känslor. Slutligen visar studien att det finns en oro för att tala om depression av rädsla för att bli remitterad till en psykiater och att då få en stämpel som psykiatrisk patient (Ibid.).

I arbetet som allmänsjuksköterska är det av största vikt att veta och känna igen den komplexitet som följer med en depression och hur den yttrar sig för att försöka lindra lidande och främja välbefinnande hos människor med depression.

TEORETISK REFERENSRAM

Utifrån ett vårdvetenskapligt synsätt är hälsa målet för vårdandet och uppgiften är att stödja människors hälsoprocesser (Dahlberg & Segesten, 2010). Genom att försöka lindra eller om möjligt förhindra lidandet samt att främja välbefinnande kan vårdandets mål uppnås (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Ett av vårdvetenskapens viktiga ontologiska antagande är synen på människan som en helhet där aspekterna kropp, själ, psyke och ande ingår (Ibid.). Följande vårdvetenskapliga begrepp som kommer att användas i studien är livsvärld, hälsa, välbefinnande, lidande och hopp.

Livsvärld

En människas livsvärld är den tillvaro och den vardagsvärld som människan lever i och genom livsvärlden är människan delaktig i världen och den följer oss livet ut (Dahlberg et al., 2003). Livsvärlden är unik för varje människa, den är personlig samtidigt som vi delar den med andra (Dahlberg & Segesten, 2010). Genom livsvärlden försöker människan finna mening och innehåll i sitt liv (Dahlberg et al., 2003). Det är genom livsvärlden människor får förståelse om andra och om sig själva (Dahlberg & Segesten, 2010). Hälsa tillsammans med välbefinnande, lidande och sjukdom visar sig i och genom människans livsvärld. För att kunna kalla vårdandet vårdvetenskapligt måste vårdandet förstå och förmå att nå en människas livsvärld (Ibid.). Genom att lyssna och vara intresserad av en människas livsberättelse kan faktorer till välbefinnande visa sig (Dahlberg et al., 2003).

Hälsa och välbefinnande

Fenomenet hälsa är komplext och omfattar hela människan. Hälsa kan uttrycka sig som en inre balans, jämvikt i relationer till andra människor och livet. För att kunna uppnå hälsa behöver upplevelser av mening och sammanhang finnas samt resurser i form av livskraft och livslust. Sjukdom utesluter inte upplevelser av hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt

Eriksson (1996) kan hälsa uttryckas som en känsla av sundhet, friskhet och välbefinnande. Dahlberg och Segesten (2010) menar att hälsa betyder olika för olika människor och har många dimensioner och är integrerad i människans liv. Känslan av att kunna klara av och genomföra det som människan upplever som värdefullt i livet är hälsa (Ibid.). En människas självkänsla och synen på sig själv bidrar till hur hälsa erfars av var och en (Ibid.). Välbefinnandets utgångspunkt är människans livsvärld och förmedlar en känsla hos människan. Upplevelsen är personlig för varje människa därför att den kommer från människans inre vilket gör att det saknas grunder för objektiv bedömning (Wiklund, 2003). Enligt Erikssons (1996) modell över människans hälsopositioner pendlar människors känsla av välbefinnande från en positiv pol till en negativ pol, känsla av illabefinnande. Sjuksköterskor kan vara till hjälp för att möjliggöra känslor av välbefinnande trots sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010). Även mellan välbefinnande och lidande finns ett samband, vilket betyder att människan kan känna välbefinnande trots lidande (Dahlberg et al., 2003).

Lidande

När människans helhet riskerar att lösas upp eller blir hotad är plågan som människan känner ett lidande. Mänskligt liv är förenat med lidande (Wiklund, 2003). Upplevelsen av förlorad kontroll och helhet leder till lidande. Att lida medför en risk att människans livsmål går förlorade (Ibid.). Enligt Eriksson (1994) finns det tre olika sorters lidande. I samband med sjukdom och behandling uppkommer det som kallas sjukdomslidande. Att fysisk smärta i samband med sjukdom leder till lidande är vanligt, men även lidande på det själsliga planet finns, vilket orsakas av känslor som skuld och skam samt förnedring som upplevs vid sjukdom och behandling. Vårdlidande benämns det lidande som upplevs och förorsakas av en vårdsituation. Att kränka en människas värdighet är en av de vanligaste orsakerna till ett vårdlidande (Ibid.). Situationer när vårdaren inte ser eller korrekt bedömer vad människan behöver benämns som utebliven vård. Detta kan handla om små fel, men också om uppenbar misskötsel. Sådana handlingar kränker alltid värdigheten hos en människa samt att det handlar om maktutövning (Ibid.). Allt lidande som hör till livet, att vara människa kallas livslidande (Ibid.). Då människans ställning i arbetslivet såväl som privat hotas samt upplevelsen av att inte leva upp till förväntningar har ett samband med livslidandet (Wiklund, 2003). Brist på kärlek är möjligtvis ett livslidande i sin mest allvarliga form (Eriksson, 1994). Om människan erfar möjligheter i situationen är det tänkbart att hitta mening med sitt lidande vilket leder till en chans att få känna hopp, lust och även glädje (Wiklund, 2003).

Hopp

Hoppet är en viktig resurs för att människan ska kunna känna välbefinnande och hälsa. Förmågan att känna hopp stärker människan och ger kraft till att tro på framtiden. För att kunna känna meningsfullhet i vardagen behövs hopp och det ger energi som gör människan öppen och kreativ i relation till sin omgivning. Grunderna till hopp är olika för varje individ och ligger oftast nära det människan värdesätter. Om individen finner grunderna till hopp hjälper det till att se öppningar istället för hinder. Om hoppet går förlorat riskeras livets mening. Om hoppet finns kvar fortsätter människan att kämpa (Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005).

PROBLEMFÖRMULERING OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Depression kan drabba vem som helst oavsett kön, bakgrund och ålder och är en av de främsta orsakerna till sjukdom i världen och i Sverige. Depression leder till en nedsatt livskvalitet med stora svårigheter att klara av sin vardag. Tankar på döden och att ta sitt liv är vanliga i

samband med depression och enligt WHO begås 850 000 självmord per år orsakade av depression. I Sverige är det till primärvården som de flesta vuxna och äldre vänder sig med olika symtom som t ex oro och ångest. Många psykiska sjukdomars symtom liknar varandra och kan försvåra rätt diagnos vilket är en förutsättning för rätt omhändertagande, behandling och uppföljning. I världen har mindre än 25 procent av alla människor med depression tillgång till effektiv behandling. Många gånger har de människor med störst behov av hjälp minst förmåga att be om hjälp och orsaken beskrivs som rädsla för läkemedel och oro för att bli stämplad som psykiatrisk patient. Eftersom sjukdomen kan visa sig på många olika sätt är det av yttersta vikt att allmänsjuksköterskan förstår och känner igen olika symtom som kan visa sig hos människor med depression för att försöka lindra lidande och främja välbefinnande.

Kan välbefinnande och lidande visas på olika sätt hos män och kvinnor i samband med depression?

SYFTE

Att belysa hur lidande och välbefinnande kan yttra sig hos män och kvinnor i samband med depression.

METOD

Studien utgick från en kvalitativ metod eftersom avsikten med studien var att belysa människors egna upplevelser och erfarenheter (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Att förstå, förklara, beskriva och tolka är ambitionen inom kvalitativ forskning. Varje situation möts som unik med en önskan att erhålla en förståelse av helheten (Forsberg & Wengström, 2008). Eftersom ambitionen var att förutsättningslöst analysera texterna av människors upplevelser blev studiens ansats induktiv (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Datainsamling

Sökning efter självbiografier gjordes i Libris, som är Kungliga bibliotekets nationella söktjänst. Sökord som användes var depression och biografi för att få träffar som motsvarade studiens syfte. Sökningen resulterade i 36 träffar och av dessa inkluderades sex biografier i studien (se bilaga 1). Författarna besökte två bibliotek eftersom inte samtliga biografier av intresse fanns att tillgå på universitetsbiblioteket. Baksidestexten lästes och biografiernas ämnesord kontrollerades på titelnivå i Libris. De sex biografier som bäst överensstämde med studiens syfte inkluderades. Även osystematisk sökning gjordes t ex i hyllan över nya böcker för att kontrollera om nyare böcker fanns att tillgå, men ingen biografi från denna sökning inkluderades. Sökning gjordes dessutom med hjälp av bibliotekarie, men inte heller denna sökning resulterade i att någon biografi kom att användas. Tre av biografiförfattarna var från Sverige, två från USA och en var från Storbritannien. Biografierna som inkluderades var följande: *Brampton: Att nudda vid botten*, *Heberlein: Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*, *Laestadius: Friska fåglar flyger*, *Manning: Underströmmar*, *Olsson: En väg tillbaka samt Styron: Ett synligt mörker*. (Sammanfattning av biografierna se bilaga 2.)

Urvalsförfarande

I samband med urvalet av biografier utformades inklusions- samt exklusionskriterier. Inklusionskriterier var att biografierna skulle vara utgivna på svenska språket för att undvika

risker att göra felaktiga tolkningar av texten. Biografier utgivna efter 1991 inkluderades i studien, eftersom avsikten var att läsa biografier skrivna av både män och kvinnor för att få en mer heltäckande bild av hur depression erfars av människor och samtidigt undersöka om det fanns några skillnader mellan könen. Biografier som enligt författarna inte i tillräcklig omfattning var grundade på människors livsberättelser exkluderades, t ex biografier baserade på intervjumaterial. Biografi där flera psykiatriska diagnoser var fastställda exkluderades.

Analys

Utgångspunkten för analysen var att se texterna som en helhet som sedan delas upp i delar för att slutligen växa fram till en ny helhet, vilket kallas för den hermeneutiska spiralen (Patel & Davidsson, 2003). Texterna analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Arbetet med att analysera texterna utgick från det synliga och uppenbara i texterna, vilket betydde en manifest innehållsanalys. Biografierna lästes av båda studieförfattarna som på egen hand tog ut meningsbärande enheter dvs. ord eller meningar som hörde samman och motsvarade studiens syfte. Samtliga meningsenheter sammanställdes och arbetet med att kondensera meningsenheterna gjordes tillsammans. Kondensering innebar att texten kortades ned utan att det centrala innehållet förlorades. Kondenserade meningsenheter med liknande innehåll sammanfördes till olika koder på en högre abstraktionsnivå. Författarna bildade sedan kategorier som innehöll koder med liknande innehåll. Dessutom bildades olika underkategorier som ansågs lämpliga (Graneheim & Lundman, 2004). Arbetet med meningsenheter samt kondensering gjordes löpande efter varje läst biografi, medan texterna fanns färskas i minnet (Patel & Davidsson, 2003). Båda studieförfattarna läste samtliga biografier och samtliga meningsenheter som motsvarade syftet togs med.

Tabell 1. Exempel på analysförfarande.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Finns bara en väg kvar att vandra. Tabletter, snara, pistol, badkar och rakblad. Kistan är inte långt borta.	Bara en väg kvar. Tabletter, snara, pistol, badkar, rakblad. Kistan nära	Tankar på att ta sitt liv.	Känslan av att inte vilja leva längre.	Destruktiva tankar tar överhand.
Varje dag var fylld av smärta. Varje andetag gjorde ont. Jag ville bara vara död. Det var det enda jag kunde tänka på.	Fylld av smärta. Ont att andas. Tänkte endast på att dö.	Enda önskan att få dö	Känslan av att inte vilja leva längre.	Destruktiva tankar tar överhand.

Etiska överväganden

En litteraturstudie baserad på självbiografier valdes då studieförfattarna var medvetna om att människor som upplevt depression är en sårbar patientgrupp. Samtal i samband med en intervju kunde väckt svåra reaktioner hos deltagarna som kunde blivit svåra att hantera och medfört ett lidande (World Medical Association, Declaration of Helsinki, 2012).

Biografiförfattarna valde frivilligt att offentligt publicera sina livsberättelser vilket medförde att nyttan med studien övervägde riskerna. Författarna ämnade arbeta systematiskt och korrekt, samt att redovisa samtliga resultat som framkom under analysarbetet (Ibid.). Ett analysarbete utifrån den manifesta innehållsanalysen innehåller alltid en viss tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Detta medförde en risk för att feltolkningar gjorts under analysen, men det var i så fall aldrig studieförfattarnas avsikt. För att minimera risken för feltolkning förde studieförfattarna kontinuerliga diskussioner mellan varandra för att nå en gemensam förståelse.

RESULTAT

I analysen av biografierna utifrån hur lidande och välbefinnande kan yttra sig hos män och kvinnor i samband med depression framkommer och redovisas resultatet i fem huvudkategorier varav fyra har två eller tre underkategorier. (Se tabell 2 nedan).

Tabell 2. Beskriver under- och huvudkategorier.

Underkategorier	Huvudkategorier
Kroppsliga förändringar Kognitiva och känslomässiga svårigheter	Känslan av att förlora sig själv
Känslan av att vara övergiven och utelämnad Att känna skuld och förakta sig själv Känslan av att inte vilja leva längre	Destruktiva tankar tar överhand
Ovilja att kännas vid sjukdom Smärtsamma kommentarer och handlingar	Svårighet med att acceptera och bli accepterad i sin sjukdom
Stöd från omgivningen Grund för glädje och återhämtning	Källor som möjliggör lindring
	Återvunnen livstro och nya insikter

Känslan av att förlora sig själv

Depression ledde till kroppsliga förändringar och visade sig bland annat som smärta, sömnsvårigheter, aptitlöshet och en nästan outhärdlig ångest. Kognitiva nedsättningar som framkom var läs- och skrivsvårigheter, minnesförlust samt svårigheter att fatta beslut. Koncentrationssvårigheter var också centralt beskrivet. Känslor av att vara i obalans och ett bristande känslomässigt engagemang var också framträdande.

Kroppsliga förändringar

Upplevelser av värk och smärta i kroppen är vanligt beskrivet i biografierna. Smärtan beskrevs ibland till hela kroppen, men också mer specifikt som exempelvis bröstsmärta eller stelhet i rygg och nacke (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Styron, 1992).

”Varje fiber av min kropp värker. Det är ofattbart att någon kan lida så och ändå fortsätta andas” (Manning, 1995, s.110)

Andra besvär som framkom var yrsel, andningssvårigheter (Olsson, 2011) samt förändringar i ansiktet med en känsla av att musklerna strejkat och att ansiktet kändes plastigt och vaxartat (Brampton, 2009; Manning, 1995). Känslor av kraftlöshet, klumpighet och att vara utan förmåga till koordination samt upplevelser av att kroppen kändes tung beskrevs (Brampton, 2009; Styron, 1992). Läkemedelsbiverkningar yttrade sig som svårighet att kissa, skakningar, illamående, viktökning samt ett förändrat smaksinne (Brampton, 2009; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). I flertalet av biografierna var aptitlöshet och svårigheter med att äta ett tydligt problem och ätandet blev ett nödvändigt ont (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Depressionen medförde omfattande sömnsvårigheter och besvären gav upphov till oro, stort lidande och sömnen upphörde i stort sett helt (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2001; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). En stegrande trötthet, men att ändå inte kunna sova samt total frånvaro av drömmar upplevdes som besvärligt (Laestadius, 2011; Styron, 1992).

”När jag plågades som svårast sov jag överhuvudtaget inte på nätterna. Sedan hade jag mycket långa perioder när jag somnade ganska lätt och vaknade efter två-fyra timmar. Den tidiga morgonen var plågsam, präglad av kval och svår ångest” (Olsson, 2011, s.44)

En känsla av orkeslöshet, att vara tömd på kraft och energi framkom tydligt i flertalet av biografierna (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Även besvär av rastlöshet och svårigheter med att sitta still fanns beskrivet (Brampton, 2009; Manning, 1995; Styron, 1992).

Upplevelser av uppslukande ångest framträdde hos samtliga och var ofta helvetisk att uthärda (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Ångesten beskrevs som ett monster i strupen och med känslan av att den kommer att döda (Brampton, 2009), eller som illaluktande, ful och något att gömma undan samt som en fågel i bröstet som klöser blodigt (Heberlein, 2008). Även svårigheter att bli av med ångesten framträder tydligt (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992).

Men det var ångesten som jag led mest av. Den var intensiv, djup och oavbruten när den pågick, utan någon som helst möjlighet till vila för tanke eller känsla. På skalan mellan frid och ofrid fanns jag nästan hela tiden på yttersta delen av ofrid när den härjade (Olsson, 2011, s.59)

Kognitiva och känslomässiga svårigheter

Stora koncentrationssvårigheter framkom tydligt och visade sig genom att det blev omöjligt att läsa och skriva (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Styron, 1992).

”Att inte läsa är som att mista en gammal och högt älskad vän. En vän du haft så länge du kan minnas. Jag brukade läsa fyra eller fem böcker i veckan” (Brampton, 2009, s.40)

Även känslor av att språket blev främmande samt upplevelser av att nästan vara stum kändes smärtsamt (Manning, 1995; Styron, 1992). Minnesförlust och minnesluckor (Laestadius,

2011; Manning, 1995; Styron, 1992), samt bortglömda möten och födelsedagar var plågsamt (Laestadius, 2011). Det var tydligt att förmågan att upprätthålla tidigare intressen blir negativt påverkad då förlorat glädje, fantasi och minskat intresse är en följd av sjukdomen (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Styron, 1992). Flertalet av kvinnorna beskrev att känslolivet påverkades genom att det blev svårt att känna med andra människor och att överhuvudtaget känna något. En oförmåga att ta kontakt med andra (Heberlein, 2008; Brampton, 2009), samt att dra sig undan från andra visades också (Manning, 1995). Det blir påtagligt svårt att under sjukdomen fatta även enklare beslut. Vardagliga beslut som att välja middagsmat eller musik är förknippade med svårigheter (Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011). Tydliga upplevelser av att vara i obalans och med en känsla av att ha förlorat kontrollen är framträdande samt en bristande kontakt med livet (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Manning, 1995; Olsson, 2011).

“I den öppning som tystnaden skapar kommer jag på mig själv med att berätta för denne främling att jag är rädd. Att jag känner hur jag faller och att jag inte vet hur jag ska hejda fallet.” (Manning, 1995, s.72)

Destruktiva tankar tar överhand

I denna kategori framkom starka upplevelser av ensamhet, trots att det fanns människor i deras närhet och en känsla av hopplöshet då ingen behandling verkade hjälpa. Tankemönstret dominerades av skuld känslor, självförakt och tankar på döden och att ta sitt liv.

Känslan av att vara övergiven och utelämnad

Upplevelser av stark ensamhet samt en skräck för att bli övergiven var tydliga i biografierna. Trots många goda vänner och/eller ha familj runt omkring sig så upplever samtliga en påtaglig ensamhet (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Även tankar på att vara övergiven av Gud visade sig som en smärtsam upplevelse (Heberlein, 2008; Manning, 1995; Olsson, 2011). Svårigheter framkom med att få läkemedel eller behandling som fungerade eller lindrade depressionen, vilket berodde på att personerna var behandlingsresistenta. Detta intensifierade upplevelsen av hopplöshet ytterligare (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992).

Hittills har vi försökt fem olika mediciner och två andra i kombination. Jag tycker det känns som att vara i en godisbutik. Ska vi inte pröva några av de blå? Inte goda? Men hur blir det med ett par blå och några ljusröda? Eller kanske några stycken gula? (Brampton, 2009, s.29)

Obehagliga tankar kring ECT- behandling som uttryckte sig som funderingar kring biverkningar och rädsla att bli förändrad fanns (Manning, 1995; Olsson, 2011).

Känslor av att nuet var meningslöst och att verkligheten saknade lösningar ledde till hopplöshet och förlorat tro på en framtid (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992).

Att känna skuld och förakta sig själv

Kvinnorna beskrev till skillnad från männen att de kände skuld över att sjukdomen fick konsekvenser även för deras familjer (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Manning, 1995). Sjukdomen förde med sig ett ifrågasättande av föräldrarollen präglad av känslan att vara en otillräcklig mor. Dessutom framträdde oro för att även barnen i framtiden skulle insjukna i depression (Brampton, 2009; Heberlein, 2008).

Upplevelser av att vara misslyckad och värdelös var framträdande i hur personerna såg på sig själva (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Känslan av att vara en skugga av sitt tidigare jag blev smärtsamt och svårt att stå ut med (Brampton, 2009). Det blev även smärtsamt när andras bild inte överensstämde med hur kvinnorna såg på sig själva (Brampton, 2009; Heberlein, 2008).

”Objektivt lyckad i andras ögon. Jajaja. Men så fruktansvärt misslyckad i mina egna” (Heberlein, 2008, s.150)

Känslan av att inte vilja leva längre

Upplevelsen av att inte längre orka eller kunna uthärda sin nuvarande situation var det som ledde till tankarna på att inte vilja leva snarare än en önskan om att vilja dö. När depressionen var som djupast var tankarna på döden ständigt närvarande och tankarna blev allt svårare att hålla tillbaka (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992).

”Jag vill dö. Jag kan inte fatta det själv. Men det är den starkaste känslan jag har just nu, starkare än hoppet, än tron, starkare än till och med kärleken. I sin värkande obönhörlighet har depressionen blivit outhärdlig” (Manning, 1995, s.110-111)

Förberedelser och planer på att ta sitt liv och tillvägagångssätt som piller, knivar, rep, pistol och olyckshändelse övervägdes (Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Styron, 1992).

”Jag mådde inte alls bra då, och den där gasspisen stod där som ett ständigt erbjudande. Inbjudande. Så enkelt. Den liksom vinkade och lockade” (Heberlein, 2008, s.85)

Svårighet med att acceptera och bli accepterad i sin sjukdom

Känslor av förnekelse, skam, en ovilja att acceptera sjukdomen samt en önskan om en synlig sjukdom var alla framträdande i denna kategori. Stort lidande visade sig även i hur andras kommentarer om sjukdomen blev plågsamma. Brister i bemötande med upplevelser av kränkande kommentarer samt svek förstärkte en redan utsatt situation som patient.

Ovilja att kännas vid sjukdom

Förnekelse av att vara sjuk var ett tydligt inslag i flertalet av biografierna (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Inställda arbetsuppgifter, undvikandet att söka psykiatrisk hjälp, lögnen om hur det verkliga måendet var samt att inte vilja ta till sig varningstecken var olika uttryck för att förneka sjukdom. En önskan fanns om att vännerna inte förstod hur eländigt de kände sig (Brampton, 2009; Styron, 1992). Skamkänslor, en ovilja att vara i behov av terapi och upplevelse av att bli kränkt av diagnosen depression visades (Brampton, 2009; Manning, 1995). Alkohol blev ett sätt att försöka hantera och förneka symtom som depressionen medförde (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Styron, 1992). Tankar på att istället ha en sjukdom som var synlig för att enklare kunna bli förstådd av andra var en uppenbar önskan (Laestadius, 2011; Manning, 1995).

”Depressionen är ett sådant grymt straff. Ingen feber, inga utslag, inga blodprover att rapportera om till folk som kretsar kring en med bekymrade miner” (Manning, 1995, s.119)

Smärtsamma kommentarer och handlingar

Kommentarer från andra människor i stil med att ”ta dig samman” eller ”vi har väl alla våra dåliga dagar” beskrevs som olidligt smärtsamma (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992).

”Föreställ dig att du talar om för någon att du har en livshotande sjukdom som cancer och får höra att du ska ta dig i kragen och rycka upp dig” (Brampton, 2009, s.16)

Det kändes kvävande att andra människor hade en uppfattning och ville ge råd om vad som vore lämpligt att göra åt depressionen (Manning, 1995). Det beskrevs också som tungt att höra kommentarer om förbättring trots att inga sådana tecken fanns (Brampton, 2009). En av kvinnorna i biografierna beskrev att makens kommentar om att han inte orkade ta hand om allt längre och att hon var som en vålnad som försvann allt längre bort blev otroligt smärtsam då all hennes kraft gick till att försöka orka leva (Manning, 1995). Upplevelser av att inte bli förstörd, att inte bli lyssnad till, att inte ha någon relation till vårdaren samt kränkande kommentarer såsom ”dags för dina non stop” uppstod i kontakten med vårdpersonal och beskrevs som smärtsamt (Brampton, 2009; Olsson, 2011; Styron, 1992). *”Ibland tänker jag att bara de som lidit av svår depression skulle tillåtas att behandla människor med denna sjukdom”* (Brampton, 2009, s.34).

Det framkom stort lidande i att som hjälpbehövande patient bli ifrågasatt av vårdpersonal om att kunna klara sig på egen hand då den egna yrkesrollen var psykolog (Manning, 1995; Olsson, 2011). Känslan av svek visade sig såsom att inte bli erbjuden samtalshjälp (Olsson, 2011), eller att få rätt dos av läkemedel (Heberlein, 2008; Olsson, 2011; Styron, 1992). Upplevelsen av att som patient vara utsatt var framträdande och blev smärtsam i situationer som att personalen inte knackade (Brampton, 2009), genomsökte ens tillhörigheter (Manning, 1995) eller i form av att en fungerande psykiaterkontakt avbröts (Heberlein, 2008).

Källor som möjliggör lindring

Familj, vänner och stödjande sjuksköterskor och läkare fanns beskrivna som värdefulla tillgångar för lindring. Olika aktiviteter såsom promenader, vardagssysslor, meditation samt att vistas i naturen var källor till lugn och glädje. Att återfå sin förmåga att kunna läsa och skriva beskrevs med tacksamhet.

Stöd från omgivningen

Den närmaste familjen som man/hustru, barn och barnbarn var genom sitt stöd och kärlek en resurs som skänkte stunder av glädje, tröst och trygghet. Familjens stöd medförde kraft och inbringade hopp som möjliggjorde viljan att orka leva vidare. Familjen beskrevs i samtliga biografier som den största anledningen till att leva vidare och inte ta sitt liv. En skillnad som framkom var att männen beskrev att den stödjande hustrun räddat deras liv (Laestadius, 2011; Olsson, 2011; Styron, 1992), medan kvinnorna beskrev kärleken till barnen som det största skälet till att vilja fortsätta leva (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Manning, 1995).

”Min dotter. Jag fortsatte leva för Molly. Hon var min ljusa stjärna, den fasta och levande punkten i mitt döda universum” (Brampton, 2009, s.102)

I samtliga biografier beskrevs vänners stöd som en ovärderlig tillgång under sjukdomen. Det var inte bara vad väninnan sade utan att hon fanns där och lyssnade som var värdefullt (Brampton, 2009). Täta telefonkontakter, där vännen inte slutat höra av sig visades vara en

stöttning som var ovärderlig (Olsson, 2011; Styron, 1992). Vänners påminnelse och fasta övertygelse om det friska livet upplevdes som stärkande (Brampton, 2009; Heberlein, 2008). Delade tankar med andra som upplevt samma känslor var tröstande (Brampton, 2009; Olsson, 2011). Upplevelser av stöd från sjuksköterska och läkare som ingav hopp och tröst om tillfrisknande beskrevs som en möjlighet att må bättre (Heberlein, 2009; Manning, 1995; Olsson, 2011). Inläggning på sjukhus upplevdes som att vara i tryggt förvar, en chans till vila med fokus endast på att försöka bli frisk (Styron, 1992) och en förhoppning om att kunna bli frisk (Brampton, 2009).

Grund för glädje och återhämtning

Fysisk aktivitet i form av promenader eller löpning var en källa till avkoppling (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Olsson, 2011). Meditation gav energi (Brampton, 2009; Laestadius, 2011) och det gjorde även stillheten i kloster (Manning, 1995). Yoga och akupunktur beskrevs också som lindrande (Brampton, 2009). Utförandet av enkla vardagssysslor som t ex att baka bröd, hänga tvätt och diska var meningsfulla och gav frid (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Olsson, 2011). Kärleken till naturen, att gå i skogen, plocka svamp och uppleva den fridfullhet som naturen gav samt att plantera och utföra trädgårdsarbete gav avkoppling, energi och lyckokänsla (Brampton, 2009; Laestadius, 2011).

”Gå längs en stilla byväg. Ströva efter en bäck. Tänk vad lätt det är att avleda sina negativa tankar” (Laestadius, 2011, s184)

Tron på Gud och bönen beskrevs som en livlina och gav hopp i kampen mot sjukdomen (Manning, 1995; Olsson, 2011). När möjligheten att kunna läsa och skriva återkom var det förknippat med vila, njutning och tacksamhet (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Styron, 1992). Intressen som att titta på film, idrott, köra bil samt lyssna på musik vaknade åter till liv och gav glädje och harmoni. Konsumtion av alkohol beskrevs som ett sätt som lindrade plågan när det var som värst (Brampton, 2009; Styron, 1992). Även läkemedel som sömntabletter och rogivande gav ögonblick av lugn när depressionen var som svårast (Brampton, 2009; Olsson, 2011).

Återvunnen livstro och nya insikter

Insikten om att försöka fånga tiden och leva i nuet (Laestadius, 2011; Olsson, 2011) samt att tillbringa mer tid med människor som står nära och att vara mer tillåtande mot sig själv t ex att acceptera en vila utan att känna sig värdelös (Brampton, 2009) bidrog till välmående. Andra saker som också bidrog till förbättring var att fokusera på det som var möjligt istället för på det som inte gick att göra (Laestadius, 2011) och att ta livet mindre personligt med mindre oro och rädsla (Brampton, 2009; Manning, 1995). Upplevelser av lättnad infann sig när människan vågade släppa kontrollen och lät sin närmaste familj hjälpa (Manning, 1995). Tron på att bli frisk igen återkom (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Förmågan att åter drömma (Styron, 1992), att åter kunna njuta av mat och samliv (Manning, 1995) samt att värdesätta och kunna njuta av livet igen framkom i biografierna (Brampton, 2009; Manning, 1995; Olsson, 2011).

”Det jag kämpat så hårt för i många år är på väg att bli verklighet. Att hitta tillbaka till livsglädjen igen fullt ut, att kunna njuta av att bara få finnas till” (Olsson, 2011, s.110)

DISKUSSION

Studiens syfte är att belysa hur lidande och välbefinnande kan yttra sig hos män och kvinnor i samband med depression. I resultatet framkommer att depressionen leder till lidande och stora svårigheter för människan. Destruktiva tankar är vanliga och ofta ses döden som en sista utväg. Det finns dock möjlighet att återfå glädjen och meningen med livet med hjälp av stöd från omgivningen eller olika aktiviteter.

Metoddiskussion

Målsättningen med studien är att få en ökad insikt i hur lidande och välbefinnande kan yttra sig i samband med depression och det möjliggörs med hjälp av en kvalitativ metod (Friberg, 2006). Studien baseras på självbiografier där författarnas egna livshistorier berättas (Segesten, 2006), vilket är en bra utgångspunkt för att nå studiens syfte. Genom att analysera berättelser kan kunskap erhållas om hur lidande och hälsa gestaltas i människans livsvärld (Dahlborg Lyckhage, 2006). I samtliga biografier är det författarna själva som har återberättat sin historia och detta ökar möjligheten att deras egna upplevelser är korrekt beskrivna vilket ökar studiens trovärdighet.

Syftet med studien kan även uppfyllas med en intervjustudie, men en intervjustudie kräver ett etiskt tillstånd vilket inte är möjligt varken av tids- eller kostnadsskäl. Det finns dessutom en osäkerhet om ett etiskt tillstånd skulle beviljas då det är en sårbar patientgrupp att intervjua. En risk med intervjustudier är att inte lyckas fånga hela upplevelsen genom att frågorna är begränsade och att en avslappnade atmosfär inte infinner sig helt under intervjun. Så här i efterhand anses självbiografier vara rätt val då biografierna är mycket innehållsrika vilket ledde till en riklig beskrivning av lidande och välbefinnande i samband med depression.

En svaghet med studien kan vara att två av biografierna är utgivna på 1990- talet och därmed något ålderdomliga, men efter att dessa lästes översiktligt ansåg studieförfattarna att biografierna innehöll tydliga beskrivningar av upplevelser som motsvarade syftet på ett mycket bra sätt. Bedömningen är att upplevelsen av depression är densamma oavsett tidsperiod. Ytterligare en anledning till att inkludera de äldre böckerna är att det fanns en önskan om att läsa biografier skrivna av både män och kvinnor för att se om någon skillnad finns. Biografier skrivna av både män och kvinnor ger en mer heltäckande bild av hur depression kan yttra sig och därmed ges ökad förståelse. Utgivningen av biografier gällande depression är begränsad och det påverkar urvalet. En av biografierna som inkluderas är skriven av en kvinna med bipolär diagnos och därmed finns risken att misstolka vad som är upplevelser under en depressiv- eller manisk period, men studieförfattarna är medvetna om problematiken och har därför fört en kontinuerlig dialog om tolkning av texten för att minimera denna risk. En depressiv period i samband med bipolär diagnos har liknande symtom som andra former av depression och detta motiverade att inkludera denna biografi. En annan av biografierna innehåller upplevelser av utmattningsdepression, men denna form av depression beskriver liknande upplevelser av lidande och välbefinnande som vid övriga former av depression, vilket motiverar valet.

Tre av biografierna har författare från Storbritannien och USA och de tre övriga biografierna har svenska författare. Utifrån de lästa biografierna indikeras att upplevelser av depression är likvärdiga i Sverige, USA och Storbritannien. Att läsa både svenska och utländska biografier

kan bidra till en fördjupad bild av depression. Urvalet av biografierna anses vara bra och tydliga för att kunna besvara studiens syfte.

Studiens trovärdighet ökar genom att båda studieförfattarna läser samtliga biografier och var för sig skriver ner de meningsbärande enheter som motsvarar syftet. Många meningsenheter var lika, men det fanns ändå skillnader vilket gjorde att en större textmassa blev möjlig att analysera. Detta arbetssätt gör att risken för att inte all relevant text kommer med minimeras och tillförlitligheten i studien stärks. Arbetet med analysen präglas av noggrannhet genom att ständigt föra dialog och reflektera över texterna tillsammans och att låta processen få ta tid och inte forcera fram ett resultat. Dahlborg Lyckhage (2006) skriver att det är viktigt att ha en öppenhet för texten och att kunna se texten med nyfikna ögon och denna insikt kännetecknar arbetssättet med studien och medför att tillförlitligheten till studiens resultat stärks. En medvetenhet om den egna förförståelsen finns, men har genom diskussioner tillsammans hanterats för att inte dra några förutfattade slutsatser.

Genom att utförligt beskriva tillvägagångssättet i hela forskningsprocessen ges läsaren möjlighet att på egen hand bedöma valen som studieförfattarna gjort vilket stärker studiens trovärdighet (Patel & Davidsson, 2003). Studiens resultat presenteras med en balans mellan text och citat för att ge läsaren möjlighet att själv avgöra trovärdigheten (Ibid.). Arbetet med analysen görs med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Samtliga steg i analysprocessen följs noggrant och åskådliggörs via en tabell för att ge läsaren en bild av hur koder, underkategorier samt kategorier framkommer vilket ger läsaren chans att utvärdera resultatets giltighet.

Enligt Polit och Beck (2010) är det upp till läsaren och forskningskonsumenten att se möjligheter att överföra studiens resultat till andra sammanhang. Studiens analys kan öka förståelsen för hur människor upplever lidande och välbefinnande i samband med depression och därigenom eventuellt överförs till andra i liknande situationer eller sammanhang (Patel & Davidsson, 2003).

Resultatdiskussion

Här kommer studiens mest framträdande fynd från resultatet att diskuteras med hjälp av tidigare forskning. Förhoppningen är att studiens resultat kan öka förståelsen för den komplexitet som följer med sjukdomen depression och som är viktig att känna till och ta hänsyn till i mötet med denna patientgrupp.

Ett tydligt inslag i studiens resultat är förnekelse och en ovilja att kännas vid depression (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Förnekelsen visar sig bland annat genom att personen kan uppfattas ljuga om hur han/hon egentligen mår eller som en oförmåga att vilja ta till sig olika varningstecken på depression. Sådana känslor beskrivs även i studien av Rochlen et al. (2010) där informanterna beskriver en önskan om att hålla upp en stabil fasad för att dölja smärtsamma känslor till varje pris. Det påvisas även att några informanter vägrar att acceptera att deras känsloläge skulle orsakats av depression (Ibid.). En bortförklaring av symtomen som tar sig uttryck i tankar på att detta tillhör livet och är normalt försenar hjälpsökandet till dess att besvären är riktigt allvarliga (Epstein et al. 2010). Det är angeläget att sjuksköterskan försöker skapa tillit för att patienten ska vilja öppna sig och prata om känslor. Om sjuksköterskan förmår att se, förstå och visa att känslorna är accepterade skapas en bra grund för tillit (Eide, H. & Eide, T., 2009).

För att enklare bli förstådd av andra framkommer i studien av Stigsdotter Nyström och Nyström (2007) en önskan om att ha en fysisk sjukdom istället för depression. Detta stämmer väl överens med resultat i denna studie som beskriver en önskan om att ha en sjukdom som var synlig för att enklare kunna bli förstådd av andra (Laestadius, 2011; Manning, 1995). Omgivningens kommentarer som t ex ”ryck upp dig” visar sig i biografierna som väldigt smärtsamma och bidrar till ökat lidande (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Andras kommentarer som att ta sig samman beskrivs i en annan studie av Hedman Ahlström et al. (2007) som känslan av att bli dömd vilket liknar resultatet i denna studie.

Känslor av hopplöshet och att vara utelämnad uppstår med anledning av att varken läkemedel eller behandling hjälper vilket medför ett ökat lidande (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Detta överensstämmer med studien av Stigsdotter Nyström och Nyström (2007) som menar att läkemedelsbehandling som inte hjälper eller osäkerhet om den kommer att hjälpa orsakar ett smärtsamt lidande. I studien av Rochlen et al. (2010) framkommer att deltagarna upplever frustration över läkemedelsbehandling då det är svårt att hitta rätt och effektiva läkemedel som lindrar depression. Enligt Wiklund (2003) kan sjuksköterskan genom att lyssna förmedla en känsla av att vilja väl samt att vara villig att dela lidandet inge hopp hos patienten. Sjuksköterskan kan dessutom tillvarata patientens önskningsar samt stödja människan att se möjligheter och få nya perspektiv i sin förändrade livssituation. Under depressionen förekommer känslor av att nuet är meningslöst, det saknas lösningar och människorna vågar inte tro på en framtid (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Dessa tankar liknar känslorna av att allt är svart, det spelar ingen roll vad som sägs. Känslan finns att aldrig kunna komma ur depressionen och att detta är slutet (Stigsdotter Nyström & Nyström, 2007).

I samtliga av studiens biografier framträder tydligt tankar på döden och att ta sitt liv. Tankarna är mycket påtagliga och svåra att hantera. Det är egentligen inte en önskan om att vilja dö utan mer känslan av att inte orka leva eller kunna stå ut med sin situation längre som beskrivs (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). Allvaret i situationen förstärks av att konkreta tillvägagångssätt och planer på att ta sitt liv beskrivs (Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Styron, 1992). Liknande upplevelser av lidande beskrivs i studien av Stigsdotter Nyström och Nyström (2007) där informanterna beskriver att lidandet känns som en hopplös oändlig tomhet som gränsar till döden och som är svårt att uthärda, vilket gör att döden kan ses som en sista utväg. Studien av Oliffe, Ogradniczuk, Bottorf, Johnson och Hoyak (2012) belyser att en informant såg sina självmordstankar/planer som ett rop på hjälp mer än en oförmåga att kunna ta sitt liv. Kvinnorna i biografierna beskriver kärleken till barnen som den största anledningen till att inte ta sitt liv, medan männen nämner hustrun som den som många gånger förhindrade självmordet. I studien av Stigsdotter Nyström och Nyström (2007) framkommer liknande tankar som beskriver en tvekan att begå självmord då det finns en medvetenhet om att detta sårar andra. Hos de individer som har barn framkommer samvetet som en anledning att inte begå självmord (Ibid.). En medvetenhet om att hustrun har fått utstå mycket lidande och en vilja att inte sårar henne ytterligare beskrivs som den orsak som förhindrar självmord i studien av Oliffe et al. (2012) vilket stämmer överens med det resultat som visats i denna studie.

Sjukdomen medför konsekvenser för hela familjen och detta ger upphov till känslor av skuld hos kvinnorna i studien (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Manning, 1995). En känsla av att

vara otillräcklig i sin föräldraroll framträder tydligt (Brampton, 2009; Heberlein, 2008). En kvinna i studien av Hedman Ahlström, Skärsäter och Danielson (2007) beskriver att hon inser att barnen är ledsna på grund av hennes sjukdom. Känslor av skuld, ensamhet och övergivenhet gör att hon känner sig otillräcklig.

Kärleken från familj och vänner beskrivs som en ovärderlig tillgång under sjukdomstiden som möjliggör stunder av välbefinnande. Omgivningens stöd ger hopp och kraft som behövs för att fortsätta orka leva vidare (Brampton, 2009; Heberlein, 2008; Laestadius, 2011; Manning, 1995; Olsson, 2011; Styron, 1992). En vän som ringer ofta, någon som lyssnar, en påminnelse om att kunna bli frisk är olika sätt som framkommer som värdefulla i kontakten med andra för att främja välbefinnande. Liknande resultat finns i studien av Skärsäter och Willman (2006) som säger att livet är värt att leva tack vare barnen och stödet från familjen är viktigt. Det beskrivs också som värdefullt med starka sociala relationer för att få dagliga rutiner och en möjlighet att träffa andra människor. Kontakt med andra som varit i samma situation är en önskan som uttrycks för att kunna bli förstådd och som hjälper till att hantera svårigheter (Ibid.). Detta stämmer med studiens resultat där det beskrivs tröstande att dela tankar med andra människor som har liknande erfarenheter (Brampton, 2009; Olsson, 2011). Främja och upprätthålla kontakt mellan närstående och patient är en viktig funktion som sjuksköterskan har och genom stöd till de närstående stödjer sjuksköterskan även indirekt patienten (Lislerud Smebye, 2005). Sjuksköterskan kan även föreslå deltagande i samtalsgrupper eftersom det ger en möjlighet att träffa andra i liknande situation och dela erfarenheter med samt att bryta ensamhet (Ibid.).

Det framkommer i studiens resultat att fysisk aktivitet t ex promenader eller löpning kan bidra till att främja välbefinnande (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Olsson, 2011). I studien av Knubben et al. (2007) påvisas att efter tio dagars aktivitet i form av dagliga promenader på löpband skattar experimentgruppen signifikant lägre (36 procent) poäng på självskattningsskalan för depression än kontrollgruppen, vilket stämmer överens med studiens resultat om att fysisk aktivitet kan ge lindring och välbefinnande. Välbefinnandet förstärks genom insikten i att leva mer i nuet och att värdesätta och vara tillsammans med människor som betyder mycket är tydliga resultat som framkommer i studien (Brampton, 2009; Laestadius, 2011; Olsson, 2011). Två olika sätt att se på framtiden beskriver informanter i studien av Skärsäter och Willmann (2006) som att några försöker ta en dag i taget och leva i nuet medan andra informanter har övertygelse om att de själva påverkar sin framtid. Vidare beskrivs en gränssättning hos de kvinnliga informanterna i de sociala kontakterna mot de vänner som upplevdes för krävande (Ibid.) vilket liknar tankar på att vara mer tillsammans med människor som är betydelsefulla.

Slutligen återkommer förmågan att värdesätta livet och att åter igen kunna njuta av att leva (Brampton, 2009; Manning, 1995; Olsson, 2011). I studien av Hedman Ahlström et al. (2007) framträder att informanten accepterar sin sjukdom och återfår förmågan att värdesätta sig själv och kunna känna att hon för närvarande har ett lyckligt liv.

Skillnaderna som framträder mellan män och kvinnor har vävts in i texten i diskussionen och dessa indikerar att upplevelser av skuld och att känna sig otillräcklig i sin föräldraroll framkommer tydligare i kvinnornas upplevelser. Kvinnorna beskriver kärleken till barnen medan männen nämner hustrun som den främsta anledningen till att leva vidare. Studiens resultat indikerar att det finns fler likheter än skillnader i män och kvinnors upplevelser av lidande och välbefinnande i samband med depression.

Förslag till fortsatt forskning

Den nuvarande forskningen belyser ofta lidandet vilket är naturligt då depression är förknippat med stora svårigheter. Ytterligare forskning som baseras på människors egna upplevelser av lidande i samband med depression är nödvändig eftersom sjukdomen är ett stort hot mot folkhälsan över hela världen och livshotande för den enskilda människan. Upplevelser av välbefinnande eller vilka faktorer som kan främja välbefinnande i samband med depression behöver belysas ytterligare utifrån människors egna upplevelser genom kvalitativ forskning eftersom sådan forskning verkar vara begränsad. Människors egna berättelser utifrån lidande och välbefinnande kan möjliggöra viktiga resurser för att kunna bemöta och behandla människor med depression på ett optimalt sätt utifrån människors individuella behov. Depression för med sig stora konsekvenser för den närmaste omgivningen och det medför att ytterligare forskning utifrån ett familjeperspektiv behövs för att kunna ge det stöd och hopp som familjen är i behov av under sjukdomstiden.

Slutsatser

Depression är förenat med stort lidande för den enskilda människan och yttrar sig i såväl kroppsliga förändringar som svårigheter både känslomässigt och kognitivt. Destruktiva tankar är framträdande och tar sig uttryck i självförakt, skuld känslor och övergivenhet. Tankar på döden och att ta sitt liv uttrycks i många fall som en sista utväg då sjukdomen ofta känns övermäktig att uthärda. För att omgivningen ska kunna förstå framträder en önskan om en synlig sjukdom. Kommentarer från omgivningen är smärtsamma och utgör ett ökat lidande. Det är viktigt som sjuksköterska att uppmärksamma värdet av omgivningens stöd och fysisk aktivitet som kan främja välbefinnande och möjliggöra att människan återfår livsglädjen och meningen med livet.

Insikten i sjukdomens allvar och den risk som finns att människor i samband med depression tar sitt liv är ett faktum som sjuksköterskan alltid måste beakta. Sjuksköterskan har en viktig funktion genom att stödja och inge hopp om tillfrisknande och denna insikt bör präglade arbetet med människor i samband med depression.

REFERENSER

- Agerberg, M. (2011). *Ut ur mörkret: en bok om depressioner* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Allan, J. & Dixon, A. (2009). Older women's experiences of depression: a hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16(10), 865-873.
- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Bell, R. A., Franks, P., Duberstein, P. R., Epstein, R. M., Feldman, M. D., Fernandez y Garcia, E. & Kravitz, R. L. (2011). Suffering in Silence: Reasons for Not Disclosing Depression in Primary Care. *Annals of family medicine*. 9(5).s. 439-446.
- Brampton, S. (2009). *Att nudda vid botten: en personlig berättelse om depression*. Stockholm: Bonnier Existens.
- Brenner, E., Rydell, P. & Skoog, I. (2011). Ångestsyndrom. I: Brenner, E., Rydell, P & Skoog, I. (Red.). *Akutpsykiatri*.s. 212-218. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). I: Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. s.139-148.
- Danielsson, U. & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 23(3), 171-177.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S. & Hunt, K. (2007). Exploring men's and women's experiences of depression and engagement with health professionals: more similarities than differences? A qualitative interview study. *BMC Family Practice* .8(43), 1-10.
- Epstein, R M., Duberstein, P R., Feldman, M D., Rochlen, A B., Bell, R A., Kravitz, R L., Cipri, C., Becker, J D., Bamonti, P M. & Paterniti, D A. (2010). "I Didn't Know What Was Wrong:" How People With Undiagnosed Depression Recognize, Name and Explain Their Distress. *Journal of General Internal Medicine*. 25(9), 954-961.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. (2:a upplagan). Stockholm: Liber.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.*(2:a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F.(Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* Lund: Studentlitteratur. s.105-114.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 24(2), 105-112.

Heberlein, A. (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva.* Stockholm: Weyler.

Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I. & Danielsson, E. (2007). Major depression in a family: What happens and how to manage- A case study. *Issues in Mental Health Nursing.* 28(7), 691-706.

Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2010). The Meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent. *Journal of Clinical nursing.*19(1-2), 284-293.

Jahren Kristoffersen, N., & Breievne, G. (2005). Lidande, hopp och livsmod.I: Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red). *Grundläggande omvårdnad del 3.* s. 157-205. Stockholm: Liber.

Knubben, K., Reischies, F M., Adli, M., Schlattman, P., Bauer, M. & Dimeo, F. (2007). A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *British Journal of Sports Medicine.* 41(1), 29-33.

Laestadius, B. (2011). *Friska fåglar flyger.* Växjö: Artéa.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar.* Lund: Studentlitteratur.

Libris, Kungliga bibliotekets nationella söktjänst. (2012). Hämtad 13 april, 2012, från, <http://libris.kb.se/>.

Lislerud Smebye, K. (2005). Kontakt med andra. I: Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grundläggande omvårdnad del 3.* Stockholm: Liber. s. 80-117.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. och Höglund- Nielsen, B.(Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.*(s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Manning, M. (1995). *Underströmmar: en psykoterapeuts kamp mot sin depression.* Stockholm: Natur och kultur.

Mattisson, C., Bogren, M., Nettelblatt, P., Munk- Jørgensen, P. & Bugra, D. (2005). First incidence depression in the Lundby studie- a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *Journal of Affective Disorders* 87(2-3), 151-160.

- Mårtensson, B. (2010). Elbehandling och andra fysikaliska metoder. I: Herlofsson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (Red). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur. s.539-544.
- Oliffe, J L., Ogrodniczuk, J S., Bottorf, J L., Johnson, J L. & Hoyak, K., (2012). "You feel like you can't live anymore": Suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression. *Social Science & Medicine*.74(4), 506-514.
- Olsson, C. (2011). *En väg tillbaka: nytt livsmod efter åtta år i depression och ångest*. Örebro: Libris.
- Ottosson, J-O., Ottosson, H., Ottosson, M. & Åsgård, U. (2010). *Akutpsykiatri*. Stockholm: Liber.
- Patel, R & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*.(3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D F. & Beck, C T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*. 47(11), 1451-1458.
- Rice, N M., Greal, M A., Javaid, A. & Millan Serano, R. (2011). Understanding the social Interaction Difficulties of Women With Unipolar Depression. *Qualitative Health Research*. 21(10), 1388-1399.
- Rochlen, A B., Paterniti, D A., Epstein, R M., Duberstein, P., Willeford, L. & Kravitz, R L. (2010). Barriers in Diagnosing and Treating Men With Depression: A Focus Group Report. *American Journal of Men's Health*. 4(2), 167-175.
- Segesten, K. (2006). Användbara texter. I: Friberg, F.(Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. s. 37- 44. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – Stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Skärsäter, I. & Willman, A. (2006). The Recovery Process in Major Depression- An Analysis Employing Meleis' Transition Framework for Deeper Understanding as a Foundation for Nursing Interventions. *Advances in Nursing Science*. 29(3), 245-259.
- Stigsdotter Nyström, M E. & Nyström, M. (2007). Patient's experiences of recurrent depression. *Issues in Mental Health Nursing* 28(7), 673-690.
- Styron, W. (1992). *Ett synligt mörker: minnen av vansinnet*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- WHO, World Health Organization (2012). *Mental Health, Depression*. Hämtad 6 mars, 2012, från http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

WMA, World Medical Association (2012). *Declaration of Helsinki- Ethical Principles of Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 13 april, 2012 från, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2010). Förstämningssyndrom. I: Herlofsson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (Red.). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur. s. 305-334.

Åsberg, M & Nygren, Å. (2010). Utmattningssyndrom. I: Herlofsson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (Red.). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur. s.461-467.

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Utvalda böcker
Libris	2012-02-02	Depression	3226	
		+ biografi	57	
		Markerar i rutan för bok	56	
		Väljer Språk - svenska	36	<p>Friska fåglar flyger- Bo Laestadius (2011)</p> <p>En väg tillbaka: nytt livsmod efter åtta år i depression och ångest- Christer Olsson (2011)</p> <p>Ett synligt mörker: minnen av vansinnet- William Styron (1992)</p> <p>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva- Ann Heberlein (2008)</p> <p>Att nudda vid botten: en personlig berättelse om depression- Sally Brampton (2009)</p> <p>Underströmmar: en psykoterapeuts kamp mot sin depression- Martha Manning (1995)</p>

Sammanfattning av biografierna

Bilaga 2 s. 1(2)

Författare: Titel: Årtal: Land:	Metod:	Sammanfattning:
Bo Laestadius Friska fåglar flyger 2011 Sverige	Biografi	I biografen beskriver Bo, en framgångsrik VD för ett mediaföretag om hur han kollapsade och fick diagnosen utmattningsdepression efter att själv ha trott sig kunna hantera stress. Kroppen började rasa samman sedan kom depressionen. Han berättar om resan genom sjukdomen och att det tog lång tid att komma tillbaka, men att sjukdomen har gett honom nya insikter om vad som är värdefullt i livet.
Christer Olsson En väg tillbaka: nytt livsmod efter åtta år i depression och ångest 2011 Sverige	Biografi	Christer Olsson som är en erfaren psykolog, kurator och anlitad föreläsare berättar om hur han själv drabbades av depression och ångest som inte kunde lindras med hjälp av mediciner eller andra behandlingar. Han beskriver sina upplevelser av sjukdomen samt redogör för hur hans omgivning och tron på Gud varit ett värdefullt stöd för hans tillfrisknande.
William Styron Ett synligt mörker: minnen av vansinnet 1992 USA	Biografi	Författaren William Styron drabbades av depression och han beskriver sin kamp mot sjukdomen och sina självmordstankar. Han upplevde sjukhuset som en trygg plats där hans enda uppgift var att försöka bli frisk. En svår förlust för William var att han i samband med depressionen inte längre kunde skriva. Hustrun Rose var ett ovärderligt stöd för hans återhämtning.
Ann Heberlein Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva 2008 Sverige	Biografi	Ann fick i tjugooårsåldern diagnosen bipolär typ 2 (kallades tidigare manodepressivitet). Ann beskriver sin kamp mot sjukdomen och sina ständiga självmordstankar. Objektivt sett en lyckad person med snyggt cv, men med ett inre i kaos fyllt med skuldkänslor, tomhet och en kamp om att inte kunna överge sina barn.

<p>Sally Brampton Att nudda vid botten: en personlig berättelse om depression 2009 Storbritannien</p>	<p>Biografi</p>	<p>Sally, en framgångsrik chefredaktör lever med svår depression under flera år och i boken får vi följa hennes kamp för att överleva sjukdomen och att kunna fortsätta vara mamma till den älskade dottern Molly. Sally finner tröst och stöd i sina vänner, både gamla och nya som hon etablerat under sjukdomstiden. Yoga, akupunktur samt trädgårdsarbete är exempel på aktiviteter som ger Sally kraft att leva vidare.</p>
<p>Martha Manning Underströmmar: en psykoterapeuts kamp mot sin depression 1995 USA</p>	<p>Biografi</p>	<p>Martha är en etablerad terapeut och universitetslärare som själv drabbas av depression. Hon beskriver sin kamp mot sjukdomen och den arbetsamma vägen tillbaka då varken mediciner eller psykoterapi hjälper och den förtvivlan som finns när ECT behandling återstår som en sista utväg.</p>