



EXAMENSARBETE
GRUNDNIVÅ
Våren 2012
Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 Hp

Ett bipolärt liv

Erfarenheter av bipolär sjukdom

Författare

Tobias Blid Nilsson

Marko Lindsjö

Handledare

Anna Pålsson

Examinator

Sören Augustinsson

Ett bipolärt liv

Erfarenheter av bipolär sjukdom

Författare: Tobias Blid Nilsson & Marko Lindsjö

Handledare: Anna Pålsson

Kvalitativ studie

Datum 120127

Sammanfattning

Bipolär sjukdom är en kronisk sjukdom där personen upplever maniska och depressiva perioder. Under manin får personen en ökad energinivå, tankarna flödar samt omdömet försämras. Depressionen kännetecknas av nedstämdhet och en dyster sinnesstämning. Syftet med denna studie var att beskriva vilka erfarenheter en person har av att leva med bipolär sjukdom. En narrativ analys har använts. Denna bygger på fyra självbiografier. I resultatet framkom det att det kan ta lång tid innan diagnosen ställs och därmed rätt behandling sätts in. Samtidigt är det vanligt att patienterna slutar ta sina mediciner på grund av biverkningar. Personer med bipolär sjukdom känner ofta oro och ångest inför att insjukna i nya maniska eller depressiva perioder. Känslor som oro och ångest kan i kombination med depressiva perioder leda till självskadebeteende. Till exempel att de skär sig. Den som drabbas av bipolär sjukdom kan ha stor nytta av familjen som skyddsnät. Även andra personer som är i en likande situation kan vara ett stort stöd.

Nyckelord: Bipolär sjukdom, Självbiografier, Erfarenhet, Leva med, Manodepressiv sjukdom

A bipolar life

Experience of bipolar disorder

Author: Tobias Blid Nilsson & Marko Lindsjö

Supervisor: Anna Pålsson

Qualitative study

Date 120127

Abstract

Bipolar disorder is a chronic disease where the person experiencing manic and depressive episodes. During mania has the person an increased energy level, the thoughts flow and impaired reviewed. Depression is characterized by sadness and a gloomy mood. The purpose of this study was to describe the experience a person has to live with bipolar disorder. A narrative analysis was used. This is based on four autobiographies. The results showed that it can take a long time before getting diagnosed and therefore the appropriate treatment. While it is common that patients stop taking their medications because of side effects. People with bipolar disorder often feel anxiety before falling ill with manic or depressive episodes. Emotions such as worry and anxiety can be combined with depressive episodes lead to self-injury. For example, they cut themselves. Those who suffer from bipolar disorder can benefit greatly from their family as a safety-net. Even other people who are in a similar situation can be a great support.

Keywords: Bipolar disorder, Autobiographies, Experience, Living with, Manic-depressive disorder

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Urval.....	8
Datainsamling	8
Analys och genomförande	8
Forskningsetik.....	9
RESULTAT	9
Diagnosen.....	9
Social omgivning	10
Mani	11
Depression.....	12
Behandling	12
Känslor	13
Suicidtankar	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	16
REFERENSER	
Bilaga 1 Sökschema	
Bilaga 2 Modell	

BAKGRUND

Psykisk ohälsa är ett av de snabbast växande hoten mot folkhälsan i världen enligt världshälsoorganisationen WHO (Handisam, 2011). En av de vanligaste psykiska sjukdomarna idag är bipolär sjukdom eller manodepressiv sjukdom som den också benämns (Fahlén, 2010). Sjukdomen debuterar vanligtvis runt 20-30 års ålder och är lika vanlig hos båda könen. Bipolär sjukdom är en kronisk sjukdom där personen upplever maniska och depressiva perioder. Dessa perioder kallas för skov (Allgulander, 2008; Fahlén, 2010; Persson, 2009). Ett obehandlat maniskt/depressivt skov kan vara mellan 3-9 månader (Socialstyrelsen, 2010). En del kan vara symtomfria under långa perioder och leva normalt mellan sina svängningar (Fahlén, 2010). Det kan ofta ta år innan en korrekt diagnos ställts, vilket kan få svåra konsekvenser både i det privata och i arbetslivet (Dahlqvist Jönsson, Wijk, Skärsäter & Danielson, 2008).

Sjukdomen kan vara svår att upptäcka och förväxlas oftast med depression. Det är vanligen under den depressiva fasen som de söker vård. När personer med bipolär sjukdom har ett maniskt skov uppfattar de inte sig själva som sjuka (Åsberg & Mårtensson, 2009). Detta visar att sjukvårdspersonalens kunskap och lyhördhet är betydelsefull.

För att kunna få behandling krävs en diagnos. När det gäller diagnosen finns även en ekonomisk aspekt där läkemedelsindustrin spelar en stor roll. De skapar nya mediciner till oprövade grupper vilket i sin tur ger arbetstillfällen inom forskning och andra tillämpningsområden (Hallerstedt, 2009).

När det gäller den bipolära diagnosen finns det två huvudtyper, bipolär I och bipolär II. Typ I karaktäriseras av att det funnits med en manisk period i sjukdomsförloppet. De flesta personerna med typ I diagnos upplever även depressioner och deras maniska skov kan leda till psykos (Häggström, 2007). De personerna som har en typ II diagnos har däremot svåra depressiva episoder omväxlande med hypomani. Detta är en lindrigare form av mani. Dessa personer upplever maniska symtom men inte av en sådan grad att det får negativa effekter på det vardagliga livet. Hypomani leder ofta till ökad kreativitet och produktivitet (Murphy, 2006).

Mani är en period då personen får en ökad energinivå vilket ofta medför rastlöshet. Tankarna rusar iväg och de får i de flesta fall ett forcerat tal. Personen blir övermodig, lätt irriterad och lätt distraherad. Vissa blir även aggressiva och mer stridslystna. Försämrat omdöme leder många gånger till fler sexuella partners samt att de spenderar över sina tillgångar. Mat- och sömnbehovet reduceras kraftigt (Fahlén, 2010; Murphy, 2006). Under de maniska episoderna saknar personerna sjukdomsinsikt eftersom de inte känner sig sjuka (Åsberg & Mårtensson, 2009). Ungefär 50 % av personer som behandlas för bipolär sjukdom slutar ta sina mediciner vid något tillfälle (Inocenti Miasso, De Bortoli Cassiani & Pedrão, 2011). Detta bland annat på grund av att de ser den maniska fasen som lockande (Murphy, 2006). En annan anledning skulle kunna vara att de upplever sig själva som friska och därmed slutar med medicinen.

Depression kan delvis ses som manins motsats. Den kännetecknas i regel av nedstämdhet och en dyster sinnesstämning i det vardagliga livet. När det gäller bipolära depressioner är det vanligt med ökad sömn. Handlingsförlamning är också ett uttalat symptom (Fahlén, 2010). Självordsförsöken sker oftast under den depressiva fasen (Persson, 2009). Ungefär en fjärdedel av de personerna som har bipolär sjukdom kommer någon gång försöka begå självmord. Mellan 10-20% av dessa lyckas (Proudfoot, Parker, Benoit, Manicavasagar, Smith & Gayed, 2009). Vid mycket svåra maniska perioder samt depressiva perioder då det finns suicidrisk används Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (SFS 1991:1128).

Sjukdomen är underdiagnostiserad, den är vanligare än vad som tidigare antogs (Häggström, 2007). Ungefär 5 % av den europeiska befolkningen är drabbade av sjukdomen, men endast 1,5-2% har diagnosen (Goossens, Kupka, Beentjes, & van Achterberg, 2010). Enligt Åsberg & Mårtensson (2009) uppfyllde ungefär hälften av de som vårdas för bipolär sjukdom kriterierna för alkohol- och narkotikamissbruk. Trots detta finns det få studier som handlar om hur det är att leva med bipolär sjukdom (Häggström, 2007).

Personer med bipolär sjukdom får oftast leva med en farmakologisk behandling livet ut, vilken vanligen består av bland annat stämningsstabiliserande och antipsykospreparat (Åsberg & Mårtensson, 2009; Häggström, 2007). ECT (elektrokonvulsiv behandling) används framför allt vid bipolära depressioner men kan även användas vid manier (Häggström, 2007). Psykoterapi i form av KBT (kognitiv beteendeterapi) kan bidra till en bättre följsamhet till behandlingen samt en bättre livskvalitet (Åsberg & Mårtensson, 2009). Ett sätt att minimera återinsjuknanden och öka kunskapen är genom patientutbildning. Där får personen med diagnosen möjlighet att lära sig känna igen sina tidiga tecken på depression och mani (Goossens et al., 2010; Häggström, 2007). Detta kan göra det lättare för personen att upptäcka när det är dags att kontakta sjukvården. Exempelvis för att få gjort en medicinändring.

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår att kunna bemöta och kommunicera med patienter på ett respektfullt och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Sådant som inte är självupplevt går inte att förstå fullt ut. Om sjuksköterskan får ta del av berättelser om hur det är att leva med bipolär sjukdom, kan detta ge en ökad empatisk förmåga samt resultera i en bättre förståelse för patienten.

SYFTE

Syftet var att beskriva vilka erfarenheter en person har av att leva med bipolär sjukdom.

METOD

Uppsatsen är en kvalitativ studie som bygger på fyra självbiografier. Kvalitativ ansats är att föredra för att beskriva och förstå ett fenomen (Dahlberg, 1997). I det här fallet var avsikten framför allt att lyfta fram erfarenheter av att leva med bipolär sjukdom.

Enligt Friberg (2006) är självbiografier ett bra sätt att inhämta kunskap då böckernas innehåll baseras på författarnas egna tankar och upplevelser. Dessa upplevelser sätts in i ett perspektiv av livet som helhet och inte bara relaterat till sjukvården. På så sätt kan sjuksköterskan öka sin förståelse för hela livssituationen hos denna grupp (a.a.). Därför lämpar sig biografier utmärkt för att beskriva hur människor upplever världen (Dahlberg, 1997).

Urval

Inklusionskriterierna är självbiografier skrivna av personer med bipolär sjukdom ur ett patientperspektiv. De ska vara skrivna på svenska, men behöver dock inte vara originalspråket. Böcker av både män och kvinnor valdes för att få ett bredare perspektiv. Dessutom valdes böcker där författarna fått diagnosen innan 40års ålder. De böcker där författaren har bipolär sjukdom i kombination med annan psykisk diagnos exkluderades.

Datainsamling

Sökning efter självbiografier skedde i LIBRIS (internationell bibliotekskatalog). Sökorden var ”Bipolär sjukdom” samt användes begränsningarna svenska, böcker och biografi: särskilda personer. Det gav 19 träffar (bilaga 1) varav åtta svarade mot inklusionskriterierna. Inräknat i dessa fanns två dubletter. Sex böcker återstod när dubletterna var borträknade. På Adlibris söktes bokrecensioner upp och lästes. En av böckerna uteslöts på grund av att författaren drabbades av sjukdomen ganska sent i livet jämfört med författarna i resterande böcker. Ytterligare en bok uteslöts för att den verkade mer faktainriktad.

De fyra självbiografier som valdes var: *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* (Heberlein, 2008), *Vansinnet* (Hornbacher, 2009), *Mitt galna liv* (Lagercrantz, 2010) och *Gå i kras* (Schelander, 2009).

Analys och genomförande

En narrativ analys genomfördes och av tidskäl delades böckerna upp mellan författarna. Insamlingsfasen är det första steget i den narrativa analysmetoden. Under denna fas lästes materialet igenom för att få en övergripande bild av berättelsernas innehåll. Under läsningen markerades sidor och text som svarade mot syftet. Därefter bearbetades den införskaffade texten genom att försöka finna likheter och skillnader för att se om det fanns någon metaberättelse, det vill säga en berättelse i berättelsen. Sedan strukturerades text upp efter handling. Efterhand som materialet behandlades formades olika kategorier i våra tankar. Text som svarade mot syftet delades sedan in under respektive kategori (Johansson, 2005). Det framkom sju olika kategorier som presenteras i resultatet tillsammans med citat som förstärker texten. Dessa sju kategorier

var: *Diagnosen, Social omgivning, Mani, Depression, Behandling, Känslor* och *Suicidtankar*. Efter att delarna hade sammanfattats till ett resultat så skapades en ny helhet i form av en modell (bilaga 2).

Forskningsetik

Materialet som analyserades i denna studie är självbiografier där läsaren möts av författarnas egna personliga upplevelser och känslor. Forskningsetiskt finns det ett ansvar att ta hänsyn till författarna och skydda deras integritet. Att namnge författarna i uppsatsen och utelämna dem för läsarna skulle kunna ses som oetiskt (Olsson & Sörensen, 2007). I och med att böckerna är publicerade offentligt med författarnas riktiga namn, gjordes bedömningen att deras identitet inte behövde skyddas.

RESULTAT

Det framkom sju kategorier som presenteras i vårt resultat. I *Diagnosen* nämns vikten av att få en diagnos. *Social omgivning* tar upp familj och vänner. Skoven beskrivs i *Mani* och *Depression*. Medicin och vård tas upp under *Behandling*. Emotioner i samband med sjukdomen skildras under rubriken *Känslor*. Tankar och försök att ta sina liv framkommer i avsnittet om *Suicidtankar*.

Diagnosen

Innan de fick rätt diagnos hade två av böckernas författare levt i många år med sin sjukdom. Dock hade de länge anat att något var fel (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009). Heberlein (2008) kom i kontakt med psykiatrin redan när hon var 18 år och fick inte sin diagnos förrän 16 år senare. Hornbacher (2009) fick sina första sjukdomssymtom redan som fyraåring och fick sin diagnos 20 år senare. Att få diagnosen kändes som en lättnad. Det gav en förklaring till att hon hade mått som hon gjort under årens gång. Strax efter känslan av lättnad slog det henne att hon aldrig kommer att kunna ha ett normalt liv.

”Sedan sätter skräcken in. All denna tid då jag inte var galen – jag var ju faktiskt galen även då. Det är hopplöst. Jag är hopplös. Bipolärt syndrom. Manodepression. Jag är sjuk. Det är verkligt. Det kommer inte att försvinna. I hela mitt liv har jag trott att om jag bara arbetar tillräckligt hårt skulle det göra det. Alltid har jag trott att om jag bara tog mig själv i kragen skulle jag

bli en bra människa, en lugn människa, en som alla andra.” (Hornbacher, 2009, s. 73)

Både Heberlein (2008) och Lagercrantz (2010) kände också en viss lättnad i samband med att de fick sin diagnos. Det väckte ett hopp om att kunna få rätt behandling och möjligheten att kanske kunna leva ett mer normalt liv.

”Det finns ett före och ett efter. Ett liv före, ett annat efter.” (Schelander, 2009, s. 15)

Till skillnad från de andra författarna fick Schelanders (2009) sin diagnos i samband med sjukdomsdebuten. För henne medförde sjukdomen att minsta lilla planering inför någon aktivitet kändes som att det blev ett stort projekt. Hon var rädd för att inte ha kontroll. Hon märkte att minnet och tankeverksamheten inte var som förut. I samband med att hon blev sjukskriven kände hon sig åsidosatt och att ingen behövde henne.

Social omgivning

Gemensamt i böckerna var att personerna periodvis kände sig ensamma och att vännerna inte fanns nära till hands. De kände sig även missförstådda och felbedöma (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009; Lagercrantz, 2010; Schelander, 2009). Hornbacher (2009) upplevde det som mer lättsamt att umgås med en av sina vänner som också hade psykiska problem. Hon kände att de förstod varandra på ett bättre sätt.

Lagercrantz (2010) skrev att han vid enstaka tillfällen, av kamrater och andra, kallats för bland annat sinnessjuk och galen. Detta var något som plågade honom under hans skoltid, men det gick aldrig så långt att han kände sig mobbad.

Schelander (2009) som är starkt troende har av sin före detta pojkvän blivit kallad för att hon var besatt. Hon tyckte det gjorde ont ända in i själen att höra detta från någon hon älskade. Heberlein (2008), Hornbacher (2009) och Schelander (2009) har under sin sjukdom haft perioder då de har flyttat hem till sina föräldrar i samband med sjukdom eller sjukskrivning.

”Jag gick vilse. Jag tappade kartan. En främling är jag bland främlingar” (Heberlein, 2008, s. 104)

Efter att Schelander (2009) blivit sjuk skrev hon att hon behövde en mors varma famn och att hon blev som liten på nytt. Att vara omgiven av människor hon älskar upplever hon som det bästa botemedlet.

Lagercrantz (2010) kände däremot att hans föräldrar tryckte ner honom och att de inte trodde på honom. Dock hade han ett starkt stöd från sin fru och en nära vän.

Mani

Heberlein (2008) beskriver sin hypomani som att hon inte kan sluta tänka, hennes tankar maler huller om buller, sammanlänkade och omslingrande. Hon tycker det känns skönt. Känner sig bitvis oövervinnerlig och uppfylld. Allt känns plötsligt så meningsfullt och viktigt. Hon beskriver att manin är som att se världen genom ett förstoringsglas.

”När jag blir manisk finns inga frågor. Det finns bara svar: Jag har alla svar. Jag är oövervinnerlig. Jag är svaret. Jag blir blondare. Jag blir smalare. Jag blir vackrare. Världen är som ett stort tivoli, eller en marknad, en galleria, och jag är Drottningen – the Queen of Madness – Som får allt jag vill ha.”
(Heberlein, 2008, s. 108)

Under Horbachers (2009) maniska perioder blir hon full av energi, startar en massa projekt som hon inte avslutar och kan inte kontrollera det hon säger eller vad hon gör. Hon har även ett flertal älskare som hon besöker under sina maniska skov.

”Det känns inte som maniskhet. Nej, nej, det är lycka, det är energi. Jag gör allting rätt” (Hornbacher, 2009, s. 181)

Lagercrantz (2010) beskriver sina maniska skov som att han får en enorm idériakedom, känner sig snällare, mer hjälpsam och full av energi. Han pratar väldigt snabbt samt ringer runt till alla sina vänner. Under ett av sina skov tog han hem en uteliggare och gav honom en av sina bästa kostymer samt en större summa pengar.

När Schelander (2009) blir manisk så blir hon överenergisk och därmed kreativ och överdrivet aktiv. Exempelvis brukar hon skriva till långt ut på nätterna.

Depression

Under den depressiva fasen upplevs en stark känsla av meningslöshet. De får även kraftiga ångestattacker som är svåra att hantera. Det blir svårt att orka med vardagen. De enklaste saker som till exempel att klä på sig kan bli till en omöjlig uppgift. Den viljestyrka som fanns är som bortblåst (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009; Lagercrantz, 2010; Schelander, 2009).

”Jag skäms. Jag är så jävla usel. Jag är inte till någon nytta längre. Jag gör ingen människa glad. Minst av allt mina barn. Minst av allt dem” (Heberlein, 2008, s. 192)

Under denna period blev det svårare att arbeta och studera. Detta förstärkte känslan av att vara misslyckad och hopplös, som i sin tur gav upphov till självmordstankar. De såg självmord som ett sätt att få slut på sitt lidande. Det gick trögt och långsamt att tänka jämfört med hur det var normalt (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009; Lagercrantz, 2010; Schelander, 2009).

”Jag kände INGENTING. Jag var totalt stum och hård som en sten inuti. Jag visste inte vad jag kände. Jag kunde omöjligt sätta ord på det. Jag har aldrig förstått om denna apati och känsla av total brist på tankar var resultatet av sjukdomens negativa symtom, eller om det var en biverkan av Risberdal-medicinen. Men jag var definitivt personlighetsförändrad under lång tid, och den spralliga, beslutsamma, glada och impulsiva Veronica var långt, långt borta.” (Schelander, 2009, s. 37)

Behandling

I alla fyra böckerna har personerna någon gång slarvat med eller helt slutat upp att ta sin medicin. Detta bland annat beroende på biverkningar eller det faktum att de kände sig friska. Efter att de slutat med medicinen dröjde det inte lång tid innan de hamnade i ett nytt skov (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009; Lagercrantz, 2010; Schelander, 2009). Lagercrantz (2010) skrev att han i början av sin sjukdom såg medicinerna som sin värsta fiende. Detta eftersom han inte kände igen sig själv då han gick på mediciner.

Hornbacher (2009), Lagercrantz (2010) och Schelander (2009) poängterade vikten av strukturerade rutiner som till exempel att äta och sova regelbundet. Att kunna säga nej, så att de inte tar på sig för mycket att göra, är viktigt samt att umgås med familj och vänner.

Alla författarna har under perioder då de varit svårt sjuka behövt inläggning på psykiatrisk avdelning. Det har förekommit både frivillig vård och tvångsinläggning (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009; Lagercrantz, 2010; Schelander, 2009). Lagercrantz (2010) berättade att ju längre tid det tog innan han kom in för vård, desto längre blev vårdtiden.

Tre av författarna har fått elbehandlingar (ECT). Lagercrantz (2010) beskrev att behandlingen gav honom en snabb förbättring av hans tillstånd. Hornbacher (2009) och Schelander (2009) hade en rädsla inför att få ECT behandling, det har däremot inte Lagercrantz (2010).

”De skickar elektrisk ström genom min hjärna och framkallar ett anfall. Anfallet är litet. Det är bara mina tår som kröker sig. Trots det kan jag inte göra mig kvitt bilden av mig själv som en sprattlande fisk på torra land.”(Hornbacher, 2009, s. 218)

Alkohol har varit ett problem för Hornbacher (2009) under cirka 15 års tid, första gången hon drack sig full så kände hon det som att alkoholen stabiliserade hennes humör. Efter det var hon fast i ett missbruk som sedan tilltog genom att hon testade på droger. Heberlein (2008) har även haft en period då hon självmedicinerade med alkohol. Hon upplevde det som att alkoholen förvärrade manin eller depressionen, vilket kunde få förödande konsekvenser. Var hon manisk och drack alkohol så blev hon tio gånger mer social, påstridig, sexuell, aggressiv och självupptagen. Vid depression blev hon tio gånger mer ångestfylld, suicidal, skuldtyngd och självföraktande.

Känslor

I böckerna skrevs det om oro och ångest (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009; Lagercrantz, 2010; Schelander, 2009). När Lagercrantz (2010) arbetade och stressade mycket var hans rädsla för att hamna i ett nytt skov som störst.

Schelander (2009) brukade ha psykotiska inslag i sin sjukdomsbild. Hon skrev att hon kände sig hotad och livrädd i denna värld som är fylld av symboler och otydliga gränser. När hon blev utan jobb, lägenhet och vänner inom räckhåll kände hon sig som en förlorare.

Att prata om känslor hade Lagercrantz (2010) svårt för, även under tiden då han gick i terapi.

”Det känns som jag har en svart kista mitt inne i mig. Den är igenspikad. Jag vill få upp locket men det går inte. Det är bara svart.” (Lagercrantz 2010, s. 141)

Heberlein (2008) och Hornbacher (2009) skrev att de kände en skam över att inte klara av livet. Sjukdomen försvårade deras liv och de kunde inte leva så som de hade tänkt sig. Heberlein (2008) blev ledsen eftersom hon kände sig misslyckad. Att livet inte riktigt var som hon hade tänkt sig. Hon fick en känsla av att hon gjorde andra människor illa under sina skov, då hon inte var sitt vanliga jag.

Suicidtankar

Suicidtankar har förekommit i samtliga berättelser (Heberlein, 2008; Hornbacher, 2009; Lagercrantz, 2010; Schelander, 2009). När Schelander (2009) åkte bil då hon mådde som sämst, önskade hon att föraren körde över på fel sida så att de skulle krocka. Denna dödslängtan berodde på ångest och känslan av att vara misslyckad. Att hon kände sig misslyckad grundades på att hon inte klarade av sina studier som hon brukade. När hennes tankar snurrade som värst och aldrig tycktes ta slut, då skapades mer ångest. Hon åkte vid ett tillfälle ner till tågstationen och funderade på att hoppa framför nästa tåg.

Heberlein (2008) skrev om att hon har klättrat upp på broar samt funderat på att köra in i mötande lastbilar. Men det som håller henne vid liv är hennes barn, kärleken till dem. Tanken på att en förälder inte får överge sina barn.

Heberlein (2008) och Hornbacher (2009) har båda intoxikerat med tabletter i försök att ta sina liv. Vid 21 års ålder svalde Heberlein (2008) alla sina tabletter och lade sig ner för att dö. Detta var under en period då hon levde under konstant ångest.

När Lagercrantz (2010) var 15 år var han ute till havs på ett skepp. Han saknade familjen och hade dessutom svårt att anpassa sig till sjömanslivet. Hans mor ringde honom i samma veva som han var på väg in i en djup depression. Det fick bågaren att rinna över, efter samtalet försökte han ta livet av sig genom att hoppa över bord. Men en av besättningsmännen stoppade honom.

Hornbacher (2009) har sökt hjälp efter att de har skurit upp sina armar. Hon beskriver att genom denna handling bromsas de skenande tankarna som far genom hennes huvud.

”Det som jag i hela mitt liv har fasat för – den totala förlusten av självkontroll – har nu blivit min verklighet och jag vet inte längre hur jag ska bekämpa den. Jag skär upp pulsådern.” (Hornbacher, 2009, s. 2)

Bipolär sjukdom kan vara svår att leva med då personerna kan pendla från höga toppar till djupa dalar. Det framgår även att de med rätt behandling kan leva ett tills synes normalt liv utan skov. I resultatet framställs en sammansatt bild av olika erfarenheter av att leva med bipolär sjukdom. Varje människa och dennes livsvärld är unik. Detta är en viktig grundtanke att ha med sig som sjuksköterska.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som användes i vår kvalitativa studie gjorde det möjligt att beskriva erfarenheter av att leva med bipolär sjukdom. Av de fyra böckerna som analyserades var tre skrivna av kvinnor. När vår litteratursökning påbörjades var förhoppningen att hitta böcker där hälften var skrivna av män och andra hälften av kvinnor. Detta för att öka tillförlitligheten i vår studie. Dock var det bara en bok med manlig författare som matchade inklusionskriterierna. Det finns risk att resultatet är mer överförbart till kvinnor eftersom endast en manlig författare hittades.

Det fanns mycket information i självbiografierna som inte var användbart, vilket gjorde det svårhanterligt. Om båda författarna hade läst alla fyra böckerna hade det möjligen sparat oss tid genom att analysen hade kunnat gå snabbare. Under arbetets gång har upprepade tillbakablickar i böckerna gjorts för att fylla ut texten och förtydliga sådan som känts oklart. Hade däremot intervjuer gjorts så kunde informanterna via kontrollfrågor eller upprepning av svaret förtydligat oklarheter. Till exempel kan det vara svårt att beskriva och få med känslor i böckerna, vilket troligen hade varit enklare att berätta i en intervju.

Författarna till böckerna hade olika sorters bipolära diagnoser. Detta kan påverka överförbarheten genom att resultatet kan överföras till mer än en typ av bipolär diagnos. Hade däremot enbart författare med en typ av bipolär diagnos valts, hade resultatet bara gått att överföra till denna specifika diagnos. Böckerna som valdes var publicerade 2008-2010, detta

kan ha gett oss en modernare bild av hur det är att leva med sjukdomen. Lagercrantz (2010) skrev sin bok många år efter att han hade fått diagnosen med hjälp av sina journalanteckningar. Detta kan vara anledningen till att hans bok inte innehöll lika mycket tankar och känslor. Det kan också bero på det faktum att han är man. Heberlein (2008) och Hornbacher (2009) har skrivit sina böcker då de varit maniska, vilket troligen har påverkat deras skrivande.

Resultatdiskussion

En diagnos kan bli en bekräftelse för en person som länge känt att något varit fel, utan att veta vad. Enligt författarna från böckerna var det en känsla av lättnad.

En tidig diagnos och medicinsk behandling, förståelse för sjukdomen samt stöd från vänner och familj förebygger allvarliga negativa konsekvenser (Post, 2005). I studien av Rusner, Carlsson, Brunt och Nyström (2010) framgår det att om diagnosen accepteras blir det enklare att hantera sjukdomen och gå vidare i livet. Vetskap om sjukdomen gör även att den drabbade känner hopp, mening och framtidstro istället för vanmakt (a.a.).

Att det tillkommer så många nya diagnoser beror kanske på läkemedelsindustrin då de tjänar pengar på att skapa mediciner som fungerar som behandling. En diagnos kan även fungera som tröst genom avlastning från ångest, ansvar och skuld. Men det behöver inte bara vara positivt, utan kan leda till stigmatisering, förlust och utanförskap (Hallerstedt, 2009).

Diagnosen och medicineringen bestäms utav läkaren men vilken roll har egentligen sjuksköterskan? I böckerna var sjuksköterskan sällan omnämnd. När det gällde möten med vården skrev författarna oftast om läkarbesök. Sjuksköterskan har nog en större roll än vad patienterna kan se. De kan bidra med stöd och information. Dessutom har de en öppen kommunikation med läkaren om vilken behandling som är aktuell för patienterna. Det kan behövas ett ökat arbete inom psykiatrin med att synliggöra de olika vårdarnas roller. Kanske är det så att patienterna endast värdesätter läkarbesöken då de kan påverka deras medicinering samt deras utskrivning.

Det kan vara lättare att umgås med någon som har en likartad diagnos. Det är då mindre risk att känna sig missförstådd och felbedömd.

Diagnoser kan skapa en social gemenskap, då de fungerar kollektiverande genom att personer med samma diagnos sluter sig samman. En sådan grupptillhörighet kan vara mycket lockande för människor som kanske hela sitt liv känt sig avvikande (Hallerstedt, 2009).

Personer med bipolär sjukdom upplever att de har svårt att beskriva sina känslor för andra människor (Dahlqvist Jönsson et al., 2008). Det är inte enbart psykiatrien som är en resurs för personer som drabbats av psykisk ohälsa. Det är i första hand sociala nätverk så som vänner, familj och arbetskamrater (Hallerstedt, 2009). Att vara anhörig till en person med bipolär sjukdom kan vara betungande, familjemedlemmar önskar att de får träffa andra som befinner sig i samma situation för att finna stöd och dela erfarenheter (Dahlqvist Jönsson, Skärsäter, Wijk & Danielson, 2011). Att ha en öppen kommunikation med sin läkare kan göra det enklare att identifiera och övervinna hinder (Lewis, 2005). I en studie av Dahlqvist Jönsson et al. (2008) framgår det att en strategi för att handskas med sjukdomen är att ha någon att prata med. Det behöver inte tvunget vara en läkare utan kan vara en sjuksköterska eller en patient. Som sjuksköterska kan det vara av betydelse att informera patienten och deras anhöriga om tillgängliga patient- och anhörigföreningar. Där har de möjlighet att dela erfarenheter och tips.

Är det så att självskadebeteendet i självbiografierna är kopplat till den oro och ångest som personer med bipolär sjukdom känner? Ångest är en känsla av oro och rädsla för vad som skulle kunna hända (Ottoosson & D'Elia, 2008). Utifrån böckerna utlästes en rädsla för att hamna i nya skov samt en oro att aldrig kunna leva ett normalt liv. Hornbacher (2009) tyckte det var enklare att hantera en fysisk smärta än ångesten. Hon brukade skära sig för att lindra ångesten och hon drack alkohol för att försöka balansera sjukdomen. Alkoholen blev snarare ett självskadebeteende då det förvärrar skoven och gjorde medicinen verklös (a.a.). För att uppnå en patientsäker vård är det viktigt att sjuksköterskan upptäcker självskadebeteende och känslor som förstärker detta. Enligt Farrell, Heaven, Beaver & Maguire (2005) låg inte sjuksköterskans inriktning på de emotionella problemen utan på de fysiska och behandlingsrelaterade. Detta märks genom att sjuksköterskan i en studie misslyckades med att identifiera 80% av patienternas oro och bekymmer. Specialistutbildade sjuksköterskor missade däremot endast hälften av patientens bekymmer. Bristande kommunikationsfärdigheter låg bakom detta, det fanns en rädsla för att väcka jobbiga känslor hos patienten samt att sjuksköterskan hade en rädsla att komma för nära patientens känslor (a.a.). Skulle sjuksköterskeutbildningen kanske behöva utöka sin utbildning med hur starka känslor hos patienterna bör bemötas.

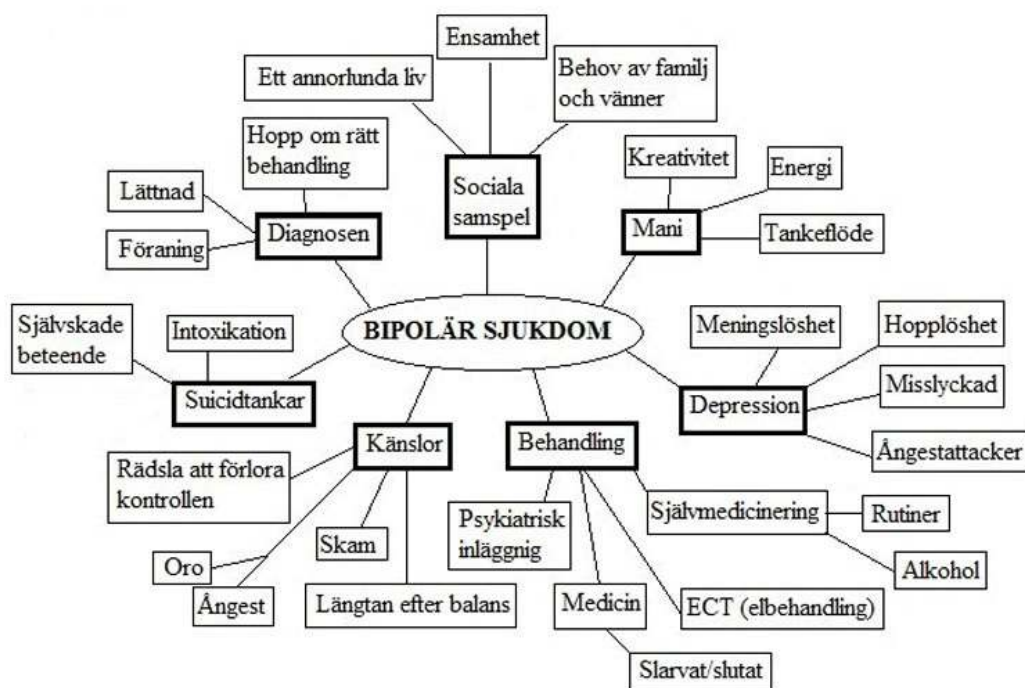
Vägen till rätt behandling kan vara lång och svår, vilket förlänger lidandet. Jakten på rätt behandling handlar oftast om att ställa in rätt medicin. En sak som kan försvåra detta är att många med bipolär sjukdom slutar att ta sin medicin (Inocenti Miasso et al., 2011). En av anledningarna till detta är att de lockas av den maniska fasen (Murphy, 2006). Andra anledningar kan vara att de upplever att medicinen minskar deras kreativitet och energinivå samt att de går upp vikt. Känslan av att förlora sin identitet samt att inte känna sig normal förekommer också (Proudfoot et al., 2009). Vid behandling av bipolär sjukdom är det viktigt att få information både muntligt och skriftligt. Information som att ta medicinen vid regelbundna tillfällen, vilken effekt läkemedlet ger och vilka biverkningar som kan uppstå. Även när patienten mår bättre är det väldigt noga att inte sluta ta medicinerna (Murphy, 2006). Ett komplement till medicinen är psykoterapi. Den används inte så flitigt eftersom det kostar sjukvården mer än att skriva ut mediciner (Soback, 2006). Det behövs mer forskning kring psykoterapins positiva effekter som argument för att få landstingen att satsa mer pengar på denna behandling. På detta sätt skulle livskvaliteten hos personer med bipolär sjukdom kunna öka.

REFERENSER

- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Dahlqvist Jönsson P., Skärsäter I., Wijk H. & Danielson E. (2011). Experience of living with a family member with bipolar disorder. *International Journal of mental health nursing*, 20(1), 29-37.
- Dahlqvist Jönsson, P., Wijk, H., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2008). Persons Living With Bipolar Disorder—Their View Of The Illness And The Future. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(11), 1217-1236.
- Fahlén, T. (2010). Hämtat från glaxosmithkline:
http://www.glaxosmithkline.se/Files/dell_Biopolar_sjukdom_ny.pdf den 7 September 2011
- Farrell, C., Heaven, C., Beaver, K., & Maguire, P. (2004). Identifying the concerns of women undergoing chemotherapy. *Patient Education and Counseling*, 56(1), 72-77.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Goossens, PJ., Kupka, RW., Beentjes, TA., & van Achterberg, T. (2010). Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1201-1207.
- Hallerstedt, G. (red.) (2006). *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Handisam. (2011). *Hjärnkoll*. Hämtat från <http://www.hjarnkoll.se/Om-psykisk-halsa/> den 7 September 2011
- Heberlein, A. (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Stockholm: Weyler.
- Hornbacher, M. (2009). *Vansinnet: mitt bipolära liv*. Sundbyberg: Optimal.
- Häggström, L. (2007). *Bipoläroboken*. Sollentuna: Janssen-Cilag AB.
- Inocenti Miasso, A., De Bortoli Cassiani, SH., & Pedrão, LJ. (2011). Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 425-432.
- Johansson, A. (2005) *Narrativ teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

- Lagercrantz, A. (2010). *Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom*. Stockholm: Lind & Co.
- Lewis L. (2005). Patient perspectives on the diagnosis and management of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(1), 33–37.
- Murphy, K. (2006). Managing the ups and downs of bipolar disorder. *Nursing*, 36(10), 58-63.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ottosson, J. & D'Elia, G. (2008). *Rädsla, oro, ångest: behandling i samarbete*. Stockholm: Liber.
- Persson, T. (den 21 Mars 2009). *Internetmedicin*. Hämtat från http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1388 den 9 September 2011
- Post R. M. (2005). The impact of bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 5–10.
- Proudfoot, JG., Parker, GB., Benoit, M., Manicavasagar, V., Smith, M. & Gayed, A. (2009). What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Ltd Health Expectations*, 12(2), 120–129
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D. & Nyström, M. (2010). A dependence that empowers the meaning of the conditions that enable a good life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(1), 1-8.
- Schelander, V. (2009). *Gå i kras: leva med bipolär sjukdom*. Örebro: Libris.
- SFS 1991:1128 *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet
- Soback, Sigmund (2006): Vad styr behandlingsutbudet vid psykiskt lidande? I Hallerstedt, Gunilla (red.): *Diagnosens makt – Om kunskap, pengar och lidande*. Lettland: Daidalos AB
- Socialstyrelsen. (2010) *Sjukskrivning vid bipolär sjukdom*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/bipolar_sjukdom den 30 November 2011
- Socialstyrelsen. (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf den 14 September 2011
- Åsberg, M., & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom. i *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Sökord	Träffar: 19	Svarade mot kriterierna: 6	Utvalda: 4
<p>Bipolär sjukdom. Avgränsingar: Svenska, böcker Ämnesträdet: Biografi: särskilda personer</p>	<p>Flickan och psykopaten: en bipolär historia (Nordström, 2010)</p> <p>Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom (Lagercrantz, 2010)</p> <p>Gå i kras: leva med bipolär sjukdom (Schelander, 2009)</p> <p>Patrick : en verklighetsskildring (Nabrink, 2010)</p> <p>Annorlundheter (Fellinger, 2009)</p> <p>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva (Heberlein, 2008)</p> <p>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva [Elektronisk resurs] (Heberlein, 2009)</p> <p>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva (Heberlein, 2009 ny utgåva)</p> <p>Mitt nya liv (Sternfält, 2010)</p> <p>Adams bok (Inczedy-Gombos, 1999)</p> <p>Bron blev inte slutet (Johansson, 2006)</p> <p>En orolig själ : en berättelse om att vara manodepressiv (Redfield, 1997)</p> <p>Vansinnet : mitt bipolära liv (Hornbacher, 2009)</p> <p>Adams bok (Inczedy-Gombos, 2000)</p> <p>Adams bok (Inczedy-Gombos, 2002)</p> <p>Adams bok (Inczedy-Gombos, 2010)</p> <p>Jag och mina diagnoser (Jansson, 2007)</p> <p>Den dagen min dotter blev galen (Greenberg, 2009)</p> <p>Den dagen min dotter blev galen (Greenberg, 2009)</p>	<p>Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom (Lagercrantz, 2010)</p> <p>Gå i kras: leva med bipolär sjukdom (Schelander, 2009)</p> <p>Annorlundheter (Fellinger, 2009)</p> <p>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva (Heberlein, 2008)</p> <p>Bron blev inte slutet (Johansson, 2006)</p> <p>Vansinnet : mitt bipolära liv (Hornbacher, 2009)</p>	<p>Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom (Lagercrantz, 2010)</p> <p>Gå i kras: leva med bipolär sjukdom (Schelander, 2009)</p> <p>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva (Heberlein, 2008)</p> <p>Vansinnet : mitt bipolära liv (Hornbacher, 2009)</p>



Bilden är ett systematiskt sätt att abstrahera erfarenheter av att leva med bipolär sjukdom.

Den illustrerar olika delar, där varje del ingår i en helhet.

Bilden bygger på fyra olika böcker, där varje livsberättelse är unik. Det som visas i bilden har kommit upp i minst två av böckerna. På detta sätt har vi försökt skapa en lättöverskådlig idealbild av hur det är att leva med bipolär sjukdom.