



Institutionen för hälsa, omvårdnad och kultur

Kvinnors upplevelse av depression och sjukdomens påverkan på det dagliga livet

- en innehållsanalys av självbiografier

Författare: Emelie Lodén

Handledare: Marita Eriksson

Omvårdnad Examensarbete, 15 hp

Kandidatnivå

HT 2011

Titel	Kvinnors upplevelse av depression och sjukdomens påverkan på det dagliga livet – en innehållsanalys av självbiografier Women's experience of depression and the impact the disease has on daily life – a content analysis of autobiography.
Författare	Emelie Lodén
Handledare	Marita Eriksson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsa, omvårdnad och kultur
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2011
Antal sidor	30

Abstract

Background The lifeworld describes the experience of being a humanbeing, how we experience life and how we live our lives. When a disease, such as depression occurs, the whole lifeworld can be filled with suffering. Depression is an affective disease, which means it involves the emotions. The patient gets dejected and the emotional devotion abates. Broken sleep, anxiety, pain, concentrations difficulties, fatigue and reduced appetite is some of the symptoms. Depression is a disease that increases, especially with women. The gender differences can be explained by biological, social and psychological reasons. Earlier research shows that suffering is central. Depressed women isolate them self from the world and it is hard for them to make people around them to understand. They have suicidal thoughts.

Aim The aim with the study was to describe women's experience of depression and how the disease affects their daily life.

Method A content analysis of narratives, with a qualitative approach.

Results The result shows that women with depression suffer deeply because of their disease. The suffering consists of fear, helplessness, tearing, and feelings of incomprehension, loneliness and suicidal thoughts. The suffering affects the daily life and changes the sick person's whole life world.

Conclusion Depression is a condition that must be taken just as serious as a somatic disease, because of the enormous and devastating effects it has on the person's life. It also effect the society, because of the large number of suicidal victims and increasing numbers of patients that will seek medical service for help in the future. It is necessary to change the attitude, initiative and readiness to help this people.

Keywords: Daily life, Depression, Experience, Suffering, Women.

Nyckelord: Dagligt liv, Depression, Kvinnor, Lidande, Upplevelse.

INNHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Livsvärlden	2
Livsvärlden uppfylles av lidande	2
Depressionssyndrom	3
Statistik	3
Tidigare forskning	4
Könsskillnader	4
Upplevelse av depression	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Litteratursökning	7
Urval	8
Analys	9
RESULTAT	11
Det outhärdliga lidandet, utan möjliga lösningar	12
Någon har tagit mig i besittning och vill mig illa	12
Jag gråter när jag vaknar och gråter när jag somnar	13
Upplevelsen av att inte vara förstörd – en önskan om att bära	14
en ”Hantera mig varsamt”-skylt	
”Ta dig i kragen!” – upplevelse av förminskning och oförståelse	15
Önskan om att sluta existera	15

Glasväggen som skiljer mig från livet	17
Ansträngningarna att försöka vara den jag varit	17
är mer än vad jag står ut med	
Den plågsamma, barnsliga oförmågan	18
En känsla av att inte passa in i samhället	19
Beruser mig, för att komma bort ifrån mig själv	19
Att överleva en attack mot sitt liv – vändpunkten från det sjuka, mot det friska	20
Sammanfattning	20
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Konklusion, implikationer och förslag till fortsatt forskning	26
REFERENSER	29
BILAGA	30

INLEDNING

Jag ligger på sovrumsgolvet och skriker som om väggarna kunde höra mig "Kan någon hjälpa mig, snälla hjälp mig någon!"

(Brampton, 2009, s. 44)

Depression är ett stigande problem över hela världen. Den mentala ohälsan ökar inom alla åldrar, alla världens delar och för båda könen. Kvinnor är dock överrepresenterade inom all statistik på området, både när det gäller milda och svåra symtom. Allt fler kvinnor söker den medicinska vården på grund av depressionssymtom. Köerna för att få hjälp växer och medicineringen mot stämningssymtom, liksom kostnaderna för vården har ökat. Depression innebär ett stort lidande för den enskilde och påverkar hela det dagliga livet. Lidandet kan uppta hela personens livsvärld till den grad att hela livet kretsar kring sjukdomen och dess konsekvenser.

Det finns ett stort behov av ökad förståelse för den här patientgruppen, både för att fånga upp dem så att de kan slussas vidare i vårdkedjan och för att ge stöd i deras lidande. Sjuksköterskan har här en nyckelroll. Ofta är det sjuksköterskan som först träffar eller pratar med patienten per telefon och gör en första bedömning. För att kunna stödja, hjälpa och vägleda patienten krävs det ökad kunskap om patientens upplevelse av depression samt vilka konsekvenser som sjukdomen ger på det dagliga livet. Det kan uppnås genom analys av patienters egna berättelser.

BAKGRUND

Livsvärlden

Biley och Galvin (2007) beskriver livsvärldsbegreppet som den dagliga upplevelsen som människa, hur våra upplevelser manifesteras och hur vi lever våra liv. Det rymmer en existentiell dimension och beskriver hur det är att vara människa. Begreppet beskrevs för första gången av Husserl på 1920 talet och har vidareutvecklats av teoretiker in i vår samtid. Huvudmålen för en lyckad omvårdnad, både den somatiska och inom psykiatri samt för övrig hälso och sjukvård måste vara att förstå och att försöka lära känna patienten på en djupare nivå. Bara då kan fullt engagemang uppnås. Här blir livsvärldsbegreppet relevant för det praktiska vårdandet.

Livsvärlden uppfylles av lidande

Biley och Galvin (2007) menar att livsvärlden påverkas på många sätt, då en människa drabbas av depression. Det dagliga livet med sysselsättningar, relationer, tankar och känslor förändras. Ett lidande kan uppfylla hela livsvärlden.

Tiden är en dimension i livsvärlden. Upplevelse av tid, i vilken takt den går och vårt medvetande av oss själva över tid. En ny dag kan vara inbjudande eller skrämmande, beroende på förväntningarna. En deprimerad människa kanske inte ser någon orsak att stiga upp på morgonen eller mening med framtiden och väljer att somna om. Tiden går långsamt, viljan att leva kan ha försvunnit och ansträngningen att röra sig kan vara för stor för att orka med. En sådan inaktiv människa kan bli fångad i sin egen värld och avskild från andra människor. Där står tiden stilla, utan rörelse, mening, riktning eller syfte. Den spatiala dimensionen beskriver hur människan upplever platser och saker, som ger henne en anledning till att leva. Hon ser saker utefter vad som ger mening åt livet och då omständigheterna runt omkring förändras, förändras också meningsfullheten i saker och platser. Stämningensdimensionen av livsvärlden handlar om reflekterande sätt att uppleva världen, en emotionell känsla som färgar livet. Livsvärlden kan upplevas som svart och hotfull, utan möjlig flyktväg. Den dimension som behandlar intersubjektivitet handlar om människors relationer med varandra, den interpersonella världen. Allt det som människan upplever sker i relation till andra människor, exempelvis vid bokläsning eller lyssnande på musik. En indirekt relation till författaren eller sångaren sker då. I alla möjliga

sammanhang förs sociala dialoger, direkt eller indirekt. Då en människa drabbas av depression förändras relationen till andra människor. Omgivningen kan då uppfatta som irriterad, arg, distanserande, dömande, överbeskyddande eller hotande. Det skapar rastlöshet, isolering och oro hos den drabbade personen. På grund av förändrad verklighetsuppfattning och relationer blir ensamhet en del av sjukdomsbilden (Biley och Galvin, 2007).

Depressionssyndrom

Skärsäter (2010) menar att det känslofylla lidande, som uppfyller livsvärlden vid depression, karaktäriserar sjukdomen, då det är en affektiv sjukdom. Med det menas att den berör känslorna. Egentlig depression är den riktiga benämningen på depressionssyndrom. Enligt American Psychiatric Association (2011a) kännetecknas sjukdomen av nedstämdhet och minskat emotionellt engagemang. Övriga symtom är störd sömn, fatigue, ångestsymtom, smärta, koncentrationssvårigheter, nedsatt vitalitet, aptit och libido. Personen har svårt att delta i samhället och sin omvärld. Orken finns inte och funktionerna är nedsatta. För diagnos krävs att man haft problem större delen av dagen, så gott som dagligen i två veckor (Skärsäter, 2010).

Statistik

Antalet patienter som fastställs med diagnosen depression ökar dramatiskt. De senaste 30 åren har de ökat med 21 % (Statistiska centralbyrån, 2006a). Statistik från Statistiska centralbyrån (SCB) (2008b) visar att 17 % av männen och 28 % av kvinnorna led av ångslan, oro och ångest. Det var 5 % av männen och 8 % av kvinnorna som uppgav att de hade mycket svåra besvär (SCB, 2008c). Enligt Socialstyrelsen (2009) är oro, ångslan och ångest 2.5 gånger vanligare hos kvinnor än män. Ständig trötthet är 3.5 gånger vanligare hos kvinnor än män. Statens Folkhälsoinstitut (2009a) visar upp en liknande trend. Nedstämdhet, oro och huvudvärk är två till tre gånger vanligare hos kvinnor än män. Institutet redovisar också att 177 stycken av 100 000 kvinnor uppsökte vården för depressionssymtom under 2007. Motsvarande siffror för män var 117 stycken av 100 000. Herediteten spelar in i statistiken. Enligt Geerlings, Parker, Wedgwood och Wilhelm (2008) är det tre gånger vanligare att den deprimerade kvinnan också har någon familjemedlem som drabbats av depression eller ångest. Om mamman varit sjuk löper hennes barn dubbelt så stor risk att drabbas av depression eller ångest, som om hon inte varit det.

Tidigare forskning

Könsskillnader

Statistiken talar sitt tydliga språk. Kvinnor mår psykiskt sämre än män, något som bekräftas av Socialstyrelsen (2009). Statens folkhälsoinstitut (2009b) tar fasta på två iakttagelser: Könsskillnaderna i depressionsstatistiken varierar mellan länder och har ett samband med FNs Gender Index. Könsskillnaderna varierar under livet. De uppstår vid puberteten och avtar sedan. De är som störst mellan 16-24 års ålder. Geerlings et al. (2008) menar att det finns tre möjliga förklaringar till könsskillnaderna; biologiska, sociala och psykologiska. De biologiska handlar om hjärnans anatomi, ålder, genetik och könshormoner. Stressen som kroppen utsätts för ökar mängden kvinnligt könshormon, vilket i sin tur styr tyreoidhormon och serotonin. Ett av de kvinnliga könshormonen är östrogen, som påverkar hypotalamus, hypofysen och binjuren, som har en påverkan på kroppens stresshormon. De sociala faktorerna som påverkar är roller som vi innehar i olika sammanhang, yrkesstatus, relationer, socialt nätverk, etnisk härkomst och social klass. Slutligen påverkas vi av psykologiska faktorer, vilket rör den syn som finns på symtom och funktioner, självförtroende, kroppsuppfattning, copingstrategier och neuroticism, det vill säga emotionell instabilitet. Kvinnor upplever större neuroticism. De har en allmänt bredare känslorepertoar än män, för både positiva och negativa känslor. Detta ökar risken för kvinnor att drabbas av depression.

Upplevelse av depression

De biologiska, sociala och psykologiska faktorerna kan påverka upplevelsen av depression. Tidigare forskning, genomförd av Ehrenreich, Hilden och Malterud (2007) i en kvalitativ studie, visade att genom att läsa patienters (både män och kvinnor) egna berättelser om upplevelsen av depression, kunde tre genomgående teman finnas: upplevelsen att världen är en ond plats, att bara perfekta människor är av värde och att det är farligt att uttrycka känslor. Deltagarna såg världen som en oförutsägbar och farlig plats. Föräldrars skilsmässa, där rädslan att bli övergiven och bortglömd ingick, att någon nära försvunnit, dött eller varit döende, våld, sexuella övergrepp, näras suicidförsök eller hot om suicid var livshändelser som de själva såg som möjlig orsak till depressionen. Det är också händelser som stärkte deras uppfattning om världen som en ond plats. Deltagarna såg ner på sig själva. De kände ett behov av att prestera, vara bäst, aktivera sig och att

umgås med perfekta människor. Det var bara då de ansåg sig vara värda respekt, uppmärksamhet och kärlek. De hade ett behov av ordning och reda. Att förlora kontrollen upplevdes som hotfullt och skapade skuld. Deltagarna upplevde känslor som ilska, sorg och lidande som mycket obehagliga. Starka personliga känslor orsakade skam och ångest. Något som var svårt för deltagarna var att säga nej samt att ta ansvar för andra människors lidande och välmående.

Genom en annan kvalitativ studie, genomförd av Nyström och Stigdotter Nyström (2007), lyfts lidandet fram. Ett lidande som uppfyller hela livsvärlden hos deprimerade kvinnor och som påverkar det dagliga livet. Kvinnorna kände sig isolerade, både från sig själva och andra människor. De hade svårigheter med att göra sig förstådda, men lika svårt att själva förstå sin sjukdom. Oförmåga att vara med andra människor, men inte heller med sig själv. Känsla av att vara bakom en osynlig skärm i ett paralyserat tillstånd upplevdes. En del av kvinnorna upplevde att deras lidande var så stort att det blev näst intill ohanterligt, att det måste leda till döden. De såg inte att någon annan utväg kunde vara möjlig. En ständig kamp var vad som beskrevs. En känsla av förnedring och att vilja försvinna med värdighet, utan att andra människor blir drabbade är också något som nämns. De upplevde en fysisk smärta och en påtaglig maktlöshet. Lidandet var en tomhet, utan hopp och det gick hand i hand med sjukdomen.

Lewis (1995) menar att patienter reagerar mycket olika på en depressionsdiagnos. Den kan vara en lättnad och kännas frigörande. Genom att diagnostiseras skapas en känsla av att bli tagen på allvar och att de inte själva bär skulden för sin sjukdom. Den kan accepteras, fullt ut eller med ett visst ifrågasättande. Om personen inte uppfyller alla de symtom som beskriver sjukdomen kan tvivel uppkomma om de verkligen är deprimerade. Man kan också vara i behov av att få en diagnos, utan att läkaren vill ge den. Det kan leda till att personen tvivlar på sina egna känslor, vilket kan upplevas som värre än symtomen.

PROBLEMFÖRMULERING

Depression innebär stora påfrestningar för den enskilde. Livsvärlden uppfylls av ett lidande som påverkar det dagliga livet. Eftersom sjukdomen ökar i omfattning blir det stora konsekvenser för samhället, exempelvis genom en ökad vårdbelastning och sjukskrivningar. Ökningen drabbar främst kvinnor. För att kunna hjälpa och stödja dessa kvinnor behöver sjuksköterskan få en ökad

kunskap om de upplevelser som är förknippade med depression samt påverkan på patientens dagliga liv.

SYFTE

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse av depression och hur sjukdomen påverkade deras dagliga liv.

METOD

Den här uppsatsen bygger på en litteraturstudie av självbiografier, med en kvalitativ ansats. Segesten (2006) menar att i kvalitativa studier eftersträvas en djup förståelse för individen och hennes upplevelser. Det kan exempelvis vara en viss patientgrupp, vilket i den här uppsatsen består av patienter med depressionssjukdom. Tanken med kvalitativa studier är att de ska resultera i en vägledning för det praktiska vårdarbetet. Med den ökade kunskapen om individens känslor, kan nya arbetssätt finnas som kommer till gagn för patientgruppen som berörs. När den kvalitativa ansatsen används inom forskningen av självbiografier analyseras texter där den valda patientgruppen berättar om sina upplevelser. Känslor och upplevelser kan då analyseras till ett resultat. Dahlborg Lyckhage (2006) beskriver berättandekonsten som ursprungligt mänsklig och meningsskapande. Hon menar att den är intersubjektiv, då den delas mellan människor. Vidare beskrivs den som kulturell. Genom berättelsen sprids kulturella normer och värderingar. Det kan ske både muntligt och skriftligt. Symboler och metaforer används som ett sätt att förstärka kulturella känslöytringar och livsmönster. Genom att ta del av individens eller gruppens berättelse kan kunskap om kulturella företeelser vinnas, som senare kan användas inom den praktiska vården.

Litteratursökning

Det upplevdes som nödvändigt att söka litteraturen inom ramen för inklusions och exklusionskriterier, som bestämdes därför redan i ett inledande skede, före det att sökandet inletts. För att kunna inkluderas skulle självbiografierna vara skrivna av kvinnor, då det var deras upplevelse som skulle skildras. De skulle skriva om sina egna erfarenheter av sjukdomen, vilket skulle vara någon form av depressionssyndrom. Litteraturen skulle vara skriven på svenska

alternativt översatta till svenska. Den litteratur som beskrev någon annans upplevelse av depression exkluderades. Det fick inte vara någon sekundärkälla. Det fick heller inte vara en allmän nedstämdhet som beskrevs, utan diagnostiserat syndrom. Barn och ungdomar exkluderas, en åldersgräns på 18 år sattes. Det gjordes inga begränsningar gällande utgivningsår.

Självbiografi ett, skriven av Ann Heberlein, fanns i åtanke redan från början. Hon är en välkänd författare och forskare i Sverige. Tanken fanns att hennes självbiografi skulle svara mot syftet. Den söktes på adlibris.se, där titeln ”Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva” skrevs in i sökrutan. Innehållsbeskrivningen lästes igenom och samtliga inklusionskriterier uppfylldes. Självbiografi två, skriven av Elisabeth Wurtzel, hittades genom ostrukturerad sökning. Första steget var google.se där sökorden självbiografi+depression användes, vilket gav 204 000 träffar. Genom att titta på träffarnas rubriker, gjordes en uppskattning om det kunde vara passande att klicka vidare. De fyra översta kändes inte relevanta för sökningen. Den femte hade titeln *Om själens skörhet och styrka* och var ett pdf-dokument, vilket öppnades. Det 36 sidor långa dokumentet redovisade 138 böcker som behandlade ämnet psykisk ohälsa med författare, titel, utgivningsförlag- och år samt en kort beskrivning av varje bok. Böckerna var märkta med åtta bokstavskoder, utefter genre. Biografier hade koden Lz. Dokumentet söktes igenom efter böcker som var märkta med koden Lz, vilket var tio stycken. Innehållsbeskrivningarna till de tio böckerna lästes igenom. Det visade sig att åtta stycken var sekundärkällor, det vill säga de beskrev inte författarnas egna berättelser. Den nionde beskrev inte ett specifikt depressionssyndrom, utan en allmän nedstämdhet. Kvar bland de tio böckerna fanns Wurtzels självbiografi, som uppfyllde samtliga inklusionskriterier. I bibliotekskatalogen BOOK-IT 5.6, söktes boken upp via titeln ”Prozac; min generations stöd”. I BOOK-IT 5.6 användes också sökordet depression, där en självbiografi fanns i ämnet, skriven av Sally Brampton med titeln ”Att nudda vid botten”. Efter att ha läst innehållsbeskrivningen upptäcktes att även den uppfyllde samtliga innehållskriterier. Se tabell 1 där sökningsprocessen konkretiseras för varje självbiografi, i kronologisk ordning.

Tabell 1

Sökningsprocessen för självbiografi 1-3.

Författare	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4	Steg 5	Steg 6
Heberlien	Internetbokhandeln adlibris.se	Sökord (titeln): Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva				
Wurtzel	Sökmotor google.se	Sökord: Självbiografi+ depression Gav 204 000 träffar	Gick in på femte träffen; pdf- dokumentet <i>Själens skörhet och styrka</i>	Av 138 stycken titlar, fanns 10 stycken biografier	Bedömning av de 10 biografierna utefter inklusions/ exklusionskriterier, vilket gav en bok	Bibliotekskatalogen BOOK-IT 5.6 Sökord (titeln): Prozac; min generations stöd
Brampton	Bibliotekskatalogen BOOK-IT 5.6	Sökordet: Depression Ger en biografiträff				

Urval

Under litteratursökningen fanns sammanlagt tolv stycken biografier som berörde upplevelsen av depression. Efter att ha läst innehållsbeskrivningarna valdes nio stycken bort, då de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Tre självbiografier tycktes uppfylla inklusionskriterierna och syftet, samtidigt som exklusionskriterierna uteslöts. Alla tre böcker valdes därför att läsas igenom. Det var *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* (Heberlein, 2008), *Prozac; min generations stöd* (Wurtzel, 1996) och *Att nudda vid botten* (Brampton, 2009). De lästes som tre enheter, enligt Graneheim och Lundmans (2004) rekommendationer. Efter genomförd läsning konstaterades att de verkligen uppfyllde samtliga inklusionskriterier samt svarade mot syftet. De valdes därför att analyseras och ligga till grund för resultatet.

Analys

En innehållsanalys gjordes, utefter Graneheim och Lundmans (2004). Metoden fokuserar på subjektet och kontexten. Den hanteras genom abstraktion, det vill säga kodning, kategorisering och tolkning. Inför analysprocessen bör en inledande fråga besvaras, enligt Graneheim och Lundman (2004). Ska analysen fokusera på manifest eller latent innehåll? Svaret avgör närmandet till texten. Denna uppsats fokuserade på det manifesta innehållet.

Det första steget i den kvalitativa innehållsanalysen innebar att bestämma vilka enheter som skulle analyseras. Tre stycken böcker valdes. En mängd data som ger tillräckligt rikligt material för att uppnå ett tillförlitligt resultat, men begränsad nog för att inte förlora kontexten. Enligt Graneheim och Lundman (2004) måste texten ha en viss omfattning för att den ska kunna läsas som en helhet, men tillräckligt begränsad för att kontexten ska bli tydlig och förstås. När innehållsområdet 'upplevelsen av depression och hur sjukdomen påverkar det dagliga livet' valts ut, enligt syftet, inleddes läsningen. Då det var viktigt att läsa böckerna som en helhet, för att kunna skapa sig en sammanhängande helhetsbild av kvinnornas upplevelse, avbröts inte läsandet av understrykningar och antecknande. Istället lästes ca hundra sidor i taget innan de gick igenom en andra gång för att markeras. Det som valdes ut för markering var sådant innehåll som på ett talande, känslomässigt och representerande sätt beskrev emotionella och kroppsliga upplevelser av depression, samt påverkan på det dagliga livet. När alla tre biografierna hanterats på samma vis gick de igenom en tredje gång. Då lästes alla de markerade citaten och skrevs ordagrant ner som meningsbärande enheter i diagram. Kondensering och kodsättning gjordes, se tabell 2. Resultatet blev trettiofyra sidor av meningsbärande enheter, som blev en stor helhet. Materialet upphörde att vara tre separata källor och blev istället en. Det gjordes ingen skillnad på vem som skrivit vad. Nästa steg i analysen blev att läsa igenom enheterna, söka efter gemensamma egenskaper och skapa kategorier för att beskriva 'vad' frågan. Den första kategorin fick beskriva olika aspekter av lidandet, som framstod som centralt för kvinnorna. Den andra kategorin fick beskriva den påverkan som sjukdomen hade på livet. De behövde delas in i mindre subkategorier för att göras synliga och tydliga. En tredje kategori beskriver vändpunkten mot ett tillfrisknande. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är bildandet av kategorier ett av de mest utmärkande kännetecknen för kvalitativ innehållsanalys. Med hjälp av färgpennor markerades de meningsbärande enheterna efter vilken typ av lidande och vilka olika typer av livspåverkan som beskrevs samt hur vändpunkten mot det friska tedde sig. Gemensamma nämnare som exempelvis gråten, upplevelse av stigmatisering,

suicidtankar, oförmåga och ensamhet färgmarkerades och blev till subkategorier. Enligt teorin får ingen data som svarar mot syftet utelämnas, även om ingen lämplig kategori finns. Inga data får heller falla mellan olika kategorier eller finnas inom flera. Graneheim och Lundman (2004) menar att det kan vara svårt, då subjektiva upplevelser behandlas, men ska strävas efter i största möjliga mån. I metoddiskussionen diskuterar författaren i vilken grad denna eftersträvan lyckats. De meningsbärande enheterna utgjorde resultatet. Varje huvud och subkategori förstärktes av ett representerande citat, som plockades från de meningsbärande enheter som tillhörde respektive kategori.

Tabell 2

Exempel på kondenseringprocessen av meningsbärande enheter (från Brampton (2009) och Heberlein (1996)).

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod
Jag känner mig ensam Jag har många och goda vänner och ändå känner jag mig ensam (...) Det är snarare en existentiell längtan efter mening, efter innebörd och tillhörighet	Att känna sig ensam trots många vänner, en längtan efter mening, innebörd och tillhörighet	Att känna sig ensam mitt bland folk
Vem ringer man när man inte orkar leva? Ibland händer det att någon råkar ringa precis i det ögonblicket när ångesten är starkare än kärleken till barnen	Någon ringer då ångesten är starkare än kärleken till barnen	Ångesten är starkare än kärleken till barnen

RESULTAT

Resultatet bygger på tre kvinnors upplevelser. Sally Brampton, journalist med diagnosen Egentlig depression. Ann Heberlein, teologie doktor med diagnosen Bipolär depression Typ 2. Elizabeth Wurtzel, Harvardstuderande med diagnosen Atypisk depression. Deras upplevelser av depression och vilken påverkan som sjukdomen har haft på deras liv har sammanfattats i tre kategorier, två av dem med tillhörande subkategorier. Den första kategorin beskriver lidandets olika yttringar, den andra beskriver påverkan på det dagliga livet och den tredje kategorin berättar om resan från det sjuka, mot det friska. Se tabell 3.

Tabell 3

Kategorier med tillhörande subkategorier

KATEGORIER	SUBKATEGORIER
Det outhärdliga lidandet, utan möjliga lösningar	Någon har tagit mig i besittning och vill mig illa Jag gråter när jag vaknar och gråter när jag somnar Upplevelsen av att inte vara förstådd – en önskan om att bära en ”Hantera mig varsamt”- skylt ”Ta dig i kragen!” – upplevelsen av förminskning och oförståelse Önskan om att sluta existera, som en väg mot frihet
Glasväggen som skiljer mig från livet	Ansträngningen att försöka vara den jag varit är mer än vad jag står ut med Den plågsamma, barnsliga oförmågan En känsla av att inte passa in i samhället Berusar mig, för att komma bort ifrån mig själv
Att överlevt en attack mot sitt liv – vändpunkten från det sjuka, mot det friska	

Det outhärdliga lidandet, utan möjliga lösningar

Depressionssjukdomen skapade ett lidande, som uttrycktes som outhärdligt. Lidandet skapade en mörk verklighet och tedde sig i en bred variation av uttryck. En vanligt förekommande visualiserad bild av lidandet var den svarta, onda makten som tagit kvinnorna i besittning för att göra dem illa. Det upplevdes som att detta svarta kom utifrån och utgjorde ett hot. En annan del av lidandet var gråten. Den kunde envist utebli eller vägra att upphöra. Den skapade både ett känslomässigt och praktiskt lidande, då den var svår att gömma för omgivningen. Kvinnornas omgivning förväntades förstå och anpassa sig efter sjukdomen. Om den brast i sin förståelse och anpassning, upplevdes lidandet som än värre. Behovet av att behandlas med varsamhet och tålmod var påtagligt. En annan del av oförståelsen yttrade sig i stigmatisering av sjukdomen och dess symtom. Den upplevdes kränkande och fick kvinnorna att önska att de istället hade en somatisk sjukdom, utan stigmatiserande åsikter som fördjupade deras lidande. Den yttersta yttringen av sjukdomen, som beskrevs som det bittra slutet på en lång kamp, var suicidtankarna, planerna och slutligen försöken. Lidandet skapade en enormt stark önskan om att sluta existera, att få ett slut på de känslor som upplevdes. Självmordet ansågs till slut att vara det enda ljuset i tunneln, då de levde under kompakt mörker och lidande i många år.

Och sen kommer det svart, bottenlösa, där allt blir som en dimma. En annan verklighet framträder.

En verklighet som inte har skarpa konturer, som inte är svartvit, en verklighet utan lösningar, där det inte finns några enkla svar, kanske inga svar alls. En verklighet som är svårare att uthärda. En verklighet som jag inte vet om jag vill vara en del av.

(Heberlein, 2008, s. 112)

Någon har tagit mig i besittning och vill mig illa

Lidandet upplevdes styras av en svart makt, som tagit över kvinnornas kroppar och ville dem illa. Det upplevdes komma utifrån, bortom all kontroll för att skrämja och skada. Detta svarta väsen gick inte att kontrollera, inte heller avlägsna med viljekraft eller rationellt förnuft. Det svarta visualiserades i olika former, men med näst intill identiska egenskaper och konsekvenser. Det kunde vara ett halsmonster, som slingrade sin svans kring halsen för att strypa lufttillförseln. Det kunde vara en svart våg, som ville dränka allt liv. Det kunde vara en svart korp, som drog och slet i hjärta och tarmar. I vilken form det svarta än tedde sig upplevdes det som lika verkligt som människorna runt omkring, ständigt närvarande. Att det inte var ett monster, en våg eller en korp

visste de om, men känslan var verklig och representerade det lidande som upplevdes. Den var därför omöjligt att ignorera. Att andas och äta blev ansträngande, på kvällen var det svårt att somna på grund av den skräck som ständigt upplevdes. Det fanns en rädsla för att förlora sig själv, förlora förståndet, att driva bort nära och kära och för att över huvud taget leva. Skräcken kunde levas ut i skrik som skreks rakt ut i desperation. Det svarta skapade en ständig otrygghet. Det fanns ingen fristad att dra tillbaka till, ingenstans att slappna av. Trots det kunde försök göras att fly till andra platser för att undkomma faran. Gång på gång visade det sig dock vara omöjligt, det svarta följde ständigt efter. Det beskrevs som något som skulle driva kvinnorna till vansinne, rakt mot döden. Som ett ständigt krig, en blodig strid, med livet som insats. Ett krig som ledde till känslor av förtvivlan, hopplöshet och enorm hjälplöshet. Känslor som genomsyrade hela tillvaron. Även ångest kunde uppkomma som en konsekvens av kriget mot mörkret. Ett tillstånd som liknade det visualiserade svarta till karaktären. Rastlöshet, instängdhet och en kvävande känsla kunde upplevas, som om det inte kom någon luft. En nervös energi strömmade genom kroppen, utan vetskap av vart den skulle göras av.

Något har tagit mig i besittning. Som vill mig illa. Som klamrar sig fast. Växer sig stort och svart och otäckt och elakt. Jag tänker mig mer en korp. En korp med vass näbb och vassa klor och onda ögon. En korp som hackar och sliter i mitt hjärta, mina tarmar och snörper till så att jag inte längre kan andas.

(Heberlein, 2008, s. 83)

Jag gråter när jag vaknar och gråter när jag somnar

Den starka rädslan och förtvivlan skapade en oupphörlig gråt. Den upplevdes som ett enormt lidande och utöver all kontroll. Gråten kunde inte styras över, varken då den skulle komma eller upphöra. Den kunde komma när som helst, i vilket obekvämt situation som helst, trots ansträngande försök att hindra den. Det upplevdes frustrerande och blev till ett socialt handikapp och hinder i vardagen. Det fanns perioder då gråten var konstant, utan uppehåll, timme in och timme ut. Gråten blev ett symptom på livsledan, ett utlopp för smärtan och verkade förstärkande på känslor av hopplöshet. En ond cirkel skapades, då gråt ledde till försämrat mående, vilket i sin tur ledde till än mer gråt. Den eviga gråten skapade en känsla av att lidandet inte hade något slut. En tro om att ett friskt liv aldrig skulle få återupplevas. Det söktes efter en ljusstrimma, en möjlighet till återhämtning, men istället för att finna den tedde sig livet allt mörkare för varje dag. En känsla av att vara dömd till evig ångest, evigt missnöje och krig mot de inre demonerna upplevdes i och med den gråt som aldrig verkade ta slut.

Jag vaknade på morgonen och grät fortfarande och jag började undra om det var möjligt att jag gråtit i sömnen hela natten.

(Wurtzel, 1996, s. 268)

Upplevelsen av att inte vara förstådd

– en önskan om att bära en ”Hantera mig varsamt”-skylt

Kan man förebrå en astmatiker för att ha andningsbesvär? Med det avses att man heller inte kan förebrå en deprimerad människa för att vara självupptagen, det följer med sjukdomen. Empati och sympati var känslor som var svåra att uppleva för andra människor. Då lidandet tog upp hela världen, kretsade också all sympati kring den egna personen. Tankar och känslor kring sjukdomen och det lidande som den resulterade i upptog all tid och kraft, vilket skapade en oförmåga att se andra människors behov och hur omgivningen påverkades av den egna sjukdomen. Att inte alla människor i omgivningen stannade upp och led med dem, uppfattades som oförståeligt. Det fanns ett behov av bekräftelse i sitt lidande, att det skulle bli sett. En känslighet och sårbarhet upplevdes, vilket krävde en särbehandling av stor varsamhet från omgivningen. Vid konflikter fanns stora svårigheter att se den andra personens syn på saken eller det egna ansvaret i konflikten. Även i relationer fyllda av kärlek upplevdes svårigheter med att känna in stämningar och att leva sig in i andra människors känslor. Det kunde leda till ord och gärningar som sårade, både familjemedlemmar och mycket nära vänner. Enormt kränkande ord kunde uttalas gentemot omgivningen, utan att några reflektioner gjordes över det egna beteendet. Det upplevdes att omgivningen inte förstod, att det genomlevda lidandet var allt för unikt för att människor omkring skulle kunna förstå och att de var blinda inför den sanning som innebar att livet bestod av mörker och fara. Denna tro skapade ilska och agg gentemot nära och kära. Allt som önskades var att bli varsamt behandlade, att det skulle tas hänsyn till sjukdomen och att omvärlden skulle anpassas efter behov. Det önskades att lidandet skulle synas på utsidan, att omgivningen aldrig skulle tveka inför vilken smärta som upplevdes och att krav skulle upphöra, med tanke på omständigheterna.

*Ibland önskar jag att jag kunde gå omkring med en skylt fastsatt i pannan
som det står HANTERAS VARSAMT på.*

(Wurtzel, 1996, s. 246)

”Ta dig i kragen!” – upplevelse av förminskning och oförståelse

Rädslan, gråten och känslan av att ingen förstod skapade ett lidande i sig. Den upplevda stigmatiseringen fördjupade det lidandet. Människor i omgivningen kunde exempelvis komma med uppmaningar som att ”ryck upp dig” eller att ”ta dig i kragen”, oftast helt oförstående inför vilka känslor som kunde väckas eller hur kränkande det lät. I försök att visa omtanke kunde omgivningen fråga ”om de inte mådde bättre idag då solen sken?”. Med vetskapen om att depression är en livshotande, allvarlig sjukdom och ingen flyktig sinnesstämning, upplevdes kommentarer som dessa som enormt kränkande. Omgivningens okunskap, förkunskap och tron om vad som behövdes för att lindra lidandet ledde till det totalt motsatta. Känslor av ensamhet och att ingen människa tog lidandet på allvar upplevdes. En önskan om att istället drabbas av en somatisk sjukdom väcktes. En stark misstanke fanns att en sådan sjukdom inte skulle mötas av samma okänslighet som en affektiv sjukdom. Den skulle istället tas på större allvar. Oförståelsen och fördomarna verkade även hämmande, vilket yttrade sig i rädsla inför att prata med omgivningen om depressionen och dess konsekvenser. Rädslan bestod inte bara i att få sjukdomen förminskad, utan även i att uppfattas som oberäkneliga, instabila, rent av farliga psykfall.

Jag hängde inte riktigt med i professors resonemang. Hur då ondska? Jo, det visade sig att han utgick ifrån att alla galningar på Beckomberga vara onda våldsverkare eftersom de satt på låst avdelning. Han trodde på fullt allvar att de var mördare, pedofiler och våldtäktsmän hela bunten. (...) Inte kunde jag berätta att jag själv varit inlagt på låst avdelning. Kanske hade professorn kissat på sig då?

(Brampton, 2009, s. 97)

Önskan om att sluta existera, som en väg mot frihet

Allt lidande skapade en känsla av att inte orka med livet. Önskingar att vara död, att inte finnas till och att lämna den egna kroppen fanns. Funderingar kring döden var ständigt närvarande i tanken, vilket skapade mycket skam. Skam över uppvisad svaghet och att inte klara av livet, trots så många positiva inslag i det. Det fanns människor i andra delar av världen som svalt och inte hade tak över huvudet. Kvinnorna kände en oförståelse inför sjukdomen, med tanke på de privilegier som de levde under. Livsomvälvande händelser hade visserligen genomlidits, där en del av förklaringarna kunde finnas till lidandet. Oförståelsen fanns i hur det kunde pågå år in och år ut med efterföljande tankar på döden. Det fanns en känsla av att livsledan och ångesten inte var befogad. Dåligt samvete upplevdes då lidandet sattes i proportion till andra människors lidande. Skammen brände också vid tanken på de nära och kära, som skulle bli lämnade kvar. I

mammarollen var skammen som värst. De ögonblick då livsledan var starkare än kärleken till barnen, då döden framstod som ett alternativ till ett liv som närvarande mamma, upplevdes som förfärliga. Det var ändå så att tanken på döden, var tanken om frihet. Upplevelsen av att vara fången i depressionssjukdomen gjorde döden till den enda möjliga utvägen. Självmordet sågs som det yttersta uttrycket för människans frihet. Paradoxalt nog var det inte främst döden som eftersträvades, utan en icke-existens. Önskan om att dö fanns inte alltid där, men önskan om att inte leva var ständigt närvarande. Ofta uppsöktes hjälp i omgivningen, för att hindra kroppen att lyda tanken. Det kunde vara en vän eller en läkare på psykakuten. Känslan av att någon behövde agera som den ställföreträdande viljan var stark, då den egna viljan till livet lämnat dem.

Det fanns perioder då lidandet och smärtan blev allt för påtaglig, då benägenheten att be om hjälp minskade betydligt. Tankarna blev till konkreta och detaljerade planer över hur livet skulle avslutas. Ingen annan väg fanns då längre ut ur depressionen. Planerna blev en tröst, ljuset i tunneln, som söktes efter så länge. När suicidförsöket planerades var det viktigt att inte blanda in nära och kära i handlingarna, något som var omöjligt. Ilska och frustration väcktes över de två omöjliga val som uppenbarade sig. Kan man leva vidare enbart för andra människors skull? Eller ska man göra slut på sitt lidande, även om ens nära och kära tar skada? Funderingar fanns också på om syftet faktiskt var att straffa omgivningen. När valet väl var klart, att livet skulle avslutas, upplevdes lättnad och frihet. Plats, tidpunkt och sammanhang planerades noga. Alla möjligheter till misslyckade skulle undvikas. Att simma ut i havet, påverkad av alkohol och lugnande tabletter var ett bra sätt, på grund av att man vid eventuell ånger inte skulle vara kapabel att simma tillbaka. Om handlederna skulle skäras upp, måste det skäras på längden och inte på bredden. Dessutom behövdes ett större kärll skäras upp, så att inget lindande av handlederna skulle kunna bli räddningen. Vid blandande av alkohol och tabletter gällde det att överdosera av rätt sort, så att inte det hela slutade med att man låg som en grönsak i en sjukhussäng. Det var också viktigt att ordna upp saker och ting innan försöket. Ekonomi, betala tillbaka skulder, be människor om förlåtelse, skriva brev, avsluta påbörjade projekt, köpa saker som barnen behövde, ta farväl utan att någon förstod att det var ett slutgiltigt farväl. Efter att suicidförsöken misslyckats var reaktionerna blandade. Det kunde vara en känsla av tacksamhet, upplevelsen av en andra chans, men det kunde också vara en enorm besvikelse och hat som riktades mot den egna kroppen.

När jag tog pillerna minns jag att jag tänkte fullständigt klart: 'Tack gode Gud att det är över nu'. (...) Jag log åt min egen galenskap när jag svalde pillren. Jag log vid tanken på att jag äntligen skulle bli fri. När jag vaknade kände jag

avsky; inte en moralisk avsky över att jag hade försökt att ta livet av mig utan en irriterande avsky riktad mot min kropp för att den svek mig genom att envisa med att fortsätta leva.

(Brampton, 2009, s. 245)

Glasväggen som skiljer mig från livet

Det lidande som depressionssjukdomen skapade hade en påtaglig effekt på det dagliga livet för de drabbade. Det dagliga livet som består av den inre livsvärlden och det praktiska livet med familj, arbete och sysslor. Depressionen skapade personlighetsförändringar som resulterade i oigenkännlighet av den egna personen, vilket gav vardagliga konsekvenser. Ansträngningar att motarbeta förändringarna gjordes, med enormt psykiska påfrestningar som följd. En plågsam, barnslig oförmåga upplevdes vilket resulterade i handlingsförlamning och ineffektivitet. En annan påverkan på det dagliga livet var upplevelsen av att inte tillhöra det och att inte vara som alla andra. En känsla av att befinna sig inom en fosterhinna, isolerad från andra människor eller att stå ensam bakom en glasvägg och titta på medan livet passerar förbi på andra sidan. En farlig konsekvens av sjukdomen, som i sin tur skapade enorma konsekvenser på livet, var missbruk. På grund av det outhärdliga lidande som upplevdes, togs alkohol och andra substanser för att döva smärtan och klara av att ta sig igenom dagen.

*Det är glasväggen som skiljer oss från livet, från oss själva,
som är det verkligt skrämmande i en depression*

(Brampton, 2009, s. 179)

Ansträngningen att försöka vara den jag varit är mer än vad jag står ut med

Depressionssjukdomen förändrade de drabbades personlighet och karaktär. De roller som en gång innehafts förändrades då omständigheterna och förutsättningarna runt omkring förändrades, i och med sjukdomens påverkan på det dagliga livet. Affektiva störningar påverkade, men även de fysiska och kognitiva nedsättningarna som sjukdomen resulterade i påverkade. En upplevelse av att befinna sig i en grå dimma var ständigt påtaglig, där tidsuppfattning och minne försämrades. Det fanns svårigheter med att komma ihåg vad som gjorts en timme tidigare, om det var natt eller dag och hur en viss situation uppkommit. Det fanns en känsla av surrealism, tvivel på vad som var verkligt och inte. Kroppen blev svag och ville inte lyda tanken. Resultatet blev svårigheter med att känna igen sin person och de personlighetsförändringar som tagit över. För att motarbeta dessa förändringar gjordes stora ansträngningar att försöka vara den person som kvinnorna själva och omgivningen kände igen. Ansträngningar som upplevdes som mycket energikrävande och

periodvis som omöjliga. Den förändrade mammarollen upplevdes som svårast. Drivkraften att ta hand om barnen var stark och sorgen vid misslyckande blev därför enorm. Det ledde till en känsla av att vara värdelös som mor och människa. Det fanns en ständig oro för barnens välbefinnande. En annan del av den förändrade personligheten var känslan av att all prestationsförmåga och potential stängdes ute, att den egna förmågan slösades bort. Det ledde till känslor av hopplöshet, hjälplöshet och förnedring. Det skapade en distans till den egna personen, en upplevelse av att stå utanför kroppen, utan möjlighet att styra över den, ord som sägs och handlingar som utförs. En mist kontroll över det egna jaget och självet.

Jag brukade vara så modig. Jag brukade vara någon. Jag är fortfarande någon. Vem? Någon som inte kan lämna sitt eget sovrum, någon som inte kan gå över gatan och köpa en tidning.

(Brampton 2009, s. 42)

Den plågsamma, barnsliga oförmågan

Den förändrade personligheten resulterade i oförmåga till aktivitet, då de mest basala sysslorna inte kunde hanteras. Vardagliga ting så som att duscha, bädda sängen, städa, borsta tänderna eller kamma håret sågs som fåfänga sysselsättningar utan mening eller märkbart syfte. Dessa handlingar och uppgifter sågs som absurda. Under de här perioderna upplevdes det svårt att ta hand om sig själva och andra människor. Att gå till affären och handla upplevdes som näst intill omöjligt och äta var något som nedprioriterades, vilket resulterade i viktnedgång. Kombinationen av för lite sömn på natten och oförmåga att gå upp ur sängen dagtid ledde till extrem trötthet och orkeslöshet. Vid utförande av sysslor och handlingar, som exempelvis att köpa bussbiljetter och hitta sin plats på bussen kunde kräva att all möjlig styrka mobiliserades. Krav upplevdes som hämmande och resulterade i ett försämrat sjukdomstillstånd. Den pressen som det innebar att prestera gentemot omgivningen ledde till ökad stress, som upplevdes mycket svår att hantera. Det kunde bero på nedsättning av kognitiva förmågor med koncentrations, läs och skrivsvårigheter. Det berodde också på oro och ångest inför uppdrag, som framstod som övermänskliga bedrifter. Då omvärlden påverkades av oförmågan, uppstod enormt dåligt samvete över de förväntningar som inte kunnat infrias. Upplevelsen att svika upplevdes, trots att sjukdomen gjorde det omöjligt att agera på något annat vis.

Nu måste jag åka till Gotland och Almedahlsvecka och arbeta. (...) Jag vill inte. Vill inte. Jag orkar inte. Det känns som om jag kommer att dö. Jag vet att jag kommer att dö. Jag dör om jag blir tvungen att åka till Gotland. Jag ligger i fosterställning på badrumsgolvet och gråter. Jag vill inte.

(Heberlein, 2008, s. 125)

En känsla av att inte passa in i samhället

Då den egna personen och det dagliga livet förändrades skapades en känsla av ensamhet. Den beskrevs som att stå på andra sidan av en vägg eller en fosterhinna. Avskild från resten av världen och det dagliga livet. En känsla av att inte passa in i samhället. Dysfunktion upplevdes, att inte fungera i samhället, att inte vara en del av det. En känsla av avund kunde finnas gentemot omgivningen, som fungerade adekvat och normalt. Ensamheten var, utåt sett, inte befogad. Trots en kärleksfull och omtänksam omgivning upplevdes en isolering och enorm ensamhet. Det fanns en längtan efter tillhörighet. Kontakten med livet fanns inte, en känsla av att leva bortom tid och rum. Upplevelsen av ensamhet uttrycktes som det allra värsta med sjukdomen. Att all mänsklig kontakt var oåtkomlig på andra sidan fosterhinnan. Människorna på andra sidan upplevdes som lyckliga och normala som klarade av allt det som sjukdomen gjort övermänskligt. Den känslan kunde leda till hat för andra människor och kärleken till den egna familjen blev avtrubbad. Till och med kärleken till barnen blev känslomässigt oåtkomlig. Känslan av utanförskap var så stark att den ledde till en önskan om att inte längre vilja tillhöra den, vilket ledde till ökad isolering också från nära och kära.

Det finns en fosterhinna mellan mig och världen. Fosterhinna. Jag kan inte ta mig igenom den. Jag vet inte om jag vill. Varför skulle jag vilja det? Vad finns det på andra sidan som förväntas intressera mig?

(Heberlein, 2008, s. 136)

Berusar mig, för att komma bort ifrån mig själv

När mörkret låg kompakt, när inget ljus fanns i sikte, när den eviga gråten aldrig ville ta slut, när ingen människa förstod och när döden fanns ständigt närvarande i tanken, så fanns det en tröst; kemiska substanser. Det kunde vara alkohol, sederande och hypnotiska läkemedel, annan narkotika eller kombinationer som brukades. Läkemedelsordinationen ”vid behov” kunde bli till ett konstant flöde, som minskade deras rädsla och ångest tillfälligt. Ett relativt lugn uppstod. Känslan av att komma bort ifrån sig själva upplevdes, vilket var en lättnad. I berusat tillstånd

upplevdes världen som lite enklare och mer förlåtande. Då sömnen var ett problem, framstod kemisk sömn som bättre än ingen alls. Det fanns en insikt om att missbruket var fel, att det bara hjälpte för stunden och inte kunde skänka lycka. Att det ledde till destruktiva beteenden och skadade i det långa loppet. Vetskapen att det kunde leda till döden fanns också, även om känslan att döden var närmare utan det, var påtaglig. Missbruket påverkade alla relationer och skapade atypiska beteenden, vilket ledde till minskat förtroende från omgivningen.

*När jag inte arbetade var jag ute och festade, gick ut med sexton olika män samtidigt,
sov aldrig på nätterna, slukade Jolt cola och snortade speed till frukost för att
klara av resten av dagen.*

(Wurtzel, 1996, s. 201)

Att överleva en attack mot sitt liv

– vändpunkten från det sjuka, mot det friska

Det fanns en vändpunkt i livet, då de första tecknen på det friska började visa sig, då glimtar av det välkända jaget skimrade förbi och det liv som brukade levas före depressionen. Av den person som levde ett normalt liv utan halsmonster, fosterhinnor och evig gråt.

Även om jag hade klart för mig att min sinnesstämning ibland var låg visste jag instinktivt att depressionen hade försvunnit. Första gången jag förstod det var när jag grät. Gråten varade i fem minuter och efteråt mådde jag bättre. Jag ringde till Nigel: "Jag grät i 5 minuter". "Bravo, Sal, det är fantastiskt". Det låter kanske inte klokt att ringa sina bästa vänner och skryta med att man hade gråtit, men sett ur en deprimerads perspektiv är fem minuters tårar en sund gråt. Depressiv gråt har inget slut. Den kan pågå i timmar.

(Brampton, 2009, s. 304)

Sammanfattning

Depression är, som många somatiska sjukdomar, en sjukdom som kan läka ut. Med tiden återkom krafter, energi och livslust. Det var en tids och tålmodskrävande process som krävde vilja, förändrat livsmönster, smarta val och tvång. Promenader, samtal med vänner och andra vardagliga ting blev till nödvändiga tvång för att bli frisk. Det handlade om att lära om saker och ting på nytt. Det var viktigt att göra saker som var nyttigt för kropp och själ, så som yoga, motion, läsa böcker och titta på film. Det handlade också om att undvika situationer som inte var nyttiga, så som

isolering, socialt pressande situationer och överprestation. En annan viktig del av läkeprocessen var att acceptera depressionen som en sjukdom och inte som en svaghet. Att sluta upp med att skämmas och att vägra att stigmatiseras var svårt, men nödvändigt. Det var också viktigt att be om hjälp då det behövdes. Att inse att det inte var ett misslyckande, utan en strategi för välmående. Vänskap och kärlek upptäcktes vara försonande krafter. Det var avgörande att måna om det som var viktigt i livet och lägga ner tid på det som gav njutning. På så vis kunde en egen terapiform finnas, att utöva helt på egen hand, när som helst. Att göra något aktivt, som skapade lugn och glädje, gjorde att alla tankar och oro tillfälligt försvann. Tacksamhet var något som fick tränas upp, men då den kunde upplevas fullt ut var det en stärkande kraft. Det blev också en metod som användes under lång tid, i vardagen. Att varje dag uppmärksamma det positiva i livet skapade harmoni. Läkandet kunde snabbas på av en dramatisk händelse, som ett suicidförsök. Det blev till ett startskott för läkeprocessen. Att döden inte vann kunde skapa en känsla av lycka, som om livet var menat att leva. Det kunde också vara så att ett planerat suicidförsök avbröts, då insikten av livets värde gjorde sig påmint. Det fanns en paradoxal hat-kärlek till depressionen. Sjukdomens effekter blev en del av identiteten och rollen som 'den deprimerade' spelades. Frågan som ställdes var Vem är jag, om inte deprimerad? Rollen skänkte en viss trygghet och det fanns en rädsla för vad som fanns bortom den. Vad livet skulle fyllas med, om inte lidande och sorg. Det krävdes mod för att överge sjukdomen och bege sig på jakt efter det friska. När depressionen var besegrad upplevdes en enorm kärlek till livet och en lättnad att befinna sig på rätt sida av glasväggen. Kvar fanns dock en varsamhet på nedstämmningssymtom. Det blev viktigt att känna igen tecknen på nedstämdhet och ökad sårbarhet, för att kunna handla i tid. Tekniken som lärdes in under läkeprocessen kunde då användas för att lindra eller helt avlägsna symtomen.

Jag känner eufori – förtärd och förbrukad men ändå lycklig.

Jag har överlevt en attack mot mitt liv [biografiförfattarens kursivering].

(Wurtzel, 1996, s. 398)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet var att *beskriva kvinnors upplevelse av depression och hur sjukdomen påverkade deras dagliga liv*. Syftet fastställer det centrala i självbiografianalysen, nämligen upplevelsen. Dahlborg Lyckhage (2006) pekar på betydelsen av att det finns ett fokus på människors upplevelse både i problemformuleringen och syftet. I problemformuleringen tydliggörs att depression innebär ett lidande, vilket påverkar det dagliga livet. Det uppmärksammas också att det är en sjukdom som ger konsekvenser på samhället. Det är upplevelsen som fyller sammanhanget tillsammans med påverkan på livet. Det är inte vidare begränsat, exempelvis i en viss fas av sjukdomen. Insjuknandet beskrivs inte, däremot vändpunkten mot det friska. Motivet var inte att beskriva en viss fas eller livsperiod, utan hur sjukdomen påverkade under en längre tid och vilka konsekvenser som gavs då ingen utväg syntes. Andra begränsningar gjordes, för att tydliggöra sammanhanget som var upplevelsen och påverkan. Är det valda problemområdet ett ”äkta problem”? Under insamlandet av artiklar till bakgrunden fanns mycket forskning gjord på deprimerade patienters upplevelser, men inte med en tydlig koppling till det dagliga livet. Författaren upplevde inte att den funna forskningen kunde beskriva lidandets påverkan på hela livsvärlden, det dagliga livet och omgivningen så som det verkligen gör. Det fanns också en överlägsenhet hos självbiografierna, när det gällde att ge en trovärdig och ärlig berättelse som beskrev sjukdomens fasansfullhet. Det fanns därför utrymme för ett komplement till tidigare gjord forskning i ämnet, med utgångspunkt i berättelsen snarare än intervjuformen. Den här uppsatsen tillför därför något unikt i den relativt stora mängd kvalitativ forskning som finns om deprimerade patienter. Dahlborg Lyckhage (2006) betonar vikten av källkritik. Författaren ansåg att det var viktigt att primärkällor användes. Under datainsamlingen upptäcktes att det fanns en stor mängd biografier som beskrev andra människors upplevelse av depression. Det var inga källor som kändes intressanta, då andrahandsinformation inte har samma trovärdighet som förstahandskällor. Trots att det är primärkällor som har använts till den här uppsatsen finns det naturligtvis källkritiska frågor att ställa sig. Exempelvis: kan man lita på allt som skrivs? Kan det vara så att det finns över/underdrifter? Kan minnet hos författarna konstruerat om händelser? Kan det finnas bakomliggande syften till publicering? Exempelvis att väcka sympatier eller att tjäna pengar? Troligen kan man inte lita på allt som skrivits, inte till hundra procent. Självklart kan vissa företeelser ha förstörats eller förminskats med tanke på att det gått en tid mellan att det inträffade och att boken skrivits. Frågan är då om det påverkar resultatet

och dess trovärdighet? Syftet med den här uppsatsen var inte att i detalj återge livsmönster och tankar, utan att ge en övergripande bild och förståelse i kombination med små detaljerade minnen. Mixen av de båda är vad som gör resultatet unikt.

Det finns en annan källkritisk aspekt gällande författarens förkunskaper och attityd till biografierna, inför läsningen. En av de viktigaste förutsättningarna för att resultatet ska ses som trovärdigt är att forskaren läser litteraturen som en helhet, med ett öppet hjärta. Graneheim och Lundman (2004) ger forskaren ett utrymme att använda sig av den egna förförståelsen i tolkningen samtidigt som texten ska låtas tala för sig själv. Utan att värderingar läggs i vad som står. Författaren hade en bild av depression, upplevelse av sjukdomen och påverkan på det dagliga livet innan läsandet satts igång. Det gjordes dock försök att lägga dessa bilder åt sidan, för att förutsättningslöst ta del av biografiförfattarnas berättelse. Utan att ifrågasätta eller kritisera deras ord. Då varje självbiografi skulle läsas för sig, som en helhet för att sedan skapa delar av alla tre texter, upplevdes tre böcker som en passande textmassa. Fler böcker hade försvårat forskningsarbetet och två böcker skulle ge en begränsad mängd information. Den aktuella mängden gav ett rikt och varierat material att bygga resultatet på, samtidigt som det var hanterbart. Den gav möjlighet att läsa igenom materialet flera gånger, för att verkligen lägga på minnet vad det bestod av. Det fanns individuella variationer av uttryck i de tre självbiografierna, men det fanns även många gemensamma nämnare. En fjärde bok hade knappast tillfört något nytt, annat än små detaljer. Den skulle dessutom ha förlängt det tidskrävande arbete som kondenseringen innebar, utan någon märkbar vinst för mödan. Graneheim och Lundmans (2004) metod att välja ut de meningsbärande enheterna, kondensera och kodmärka dem var en tidskrävande process. Hur de meningsbärande enheterna väljs ut har betydelse för trovärdigheten. De valda enheterna var därför inte för breda, vilket hade riskerat att flera betydelser kunnat läggas inom samma enhet. För smala enheter hade däremot kunnat orsaka förlorad betydelse hos texten. Försök gjordes att utforma lagom långa enheter. Varje bok gav mellan 100-150 stycken meningsbärande enheter som skulle sättas in i diagram. Det innebar 33 sidor med diagram. Det upplevdes ändå som väl investerad tid, för när enheterna kom samman som en helhet gavs en klar bild över den analyserade litteraturen. Enheterna styrde hela processen och skapandet av resultatet. Enligt Graneheim och Lundman bör forskaren fråga sig: Hur väl täcker kategorierna datan? Är all data relevant? Kan relevant data valts bort under processen? För att besvara den sista frågan kan man använda sig av representerande citat. Författaren har ställt sig samtliga frågor och anser att all data är relevant. Alla meningsbärande enheter har fått en plats inom lämplig kategori. Det har strukits mycket text, som ansetts överflödigt under arbetets gång, men det finns ingen oro över att värdefull information

valts bort. Citaten har valts ut med omsorg för att förstärka resultatet och ge en sanningsenlig bild av vilka känslor som upplevs i depressionssjukdomen. Nästan lika många citat har valts ut från varje bok. Enligt teorin ska kodningen skapa ett nytt ljus över texten och förstås i relation till kontexten, vilket författaren anser att det gjorde. I synnerhet i relation till varandra. Det fanns en respekt för materialet och en önskan om att skapa ett resultat som biografiförfattarna skulle vara stolta över. För trots att ett nytt ljus skulle skapas över deras texter och att resultatet skulle höja texten till en ny nivå, så fanns en önskan om att inte förvandla kvinnornas upplevelser till oigenkännlighet. För att respektera självbiografierna och att nå ett tillförlitligt resultat gjordes alla försök att följa Graneheim och Lundmans (2004) råd. Enligt metoden måste studien utvärderas i relation till processen, den kan alltså inte jämföras med en kvantitativ studie. Trovärdighet och pålitlighet är vad som eftersträvas.

Resultatdiskussion

Freud myntade begreppet ”globus hystericus”, vilket var den psykiatriska termen för upplevelsen av att inte få luft vid depression och ångesttillstånd (Brampton, 2009). Det är ett känt fenomen inom psykiatrin och benämns idag som globus dysfagi (Praktisk medicin, 2011). Intressant nog upplevde de tre kvinnorna, som kommer från tre olika länder, helt oberoende av varandra, samma känsla i olika variationer. De beskrev det som ”det svarta”, en ond makt som ville dem illa. Kvinnornas målande bilder av hur de upplever känslor av kvävning, panik och rädsla gör det uppenbart vilket enormt lidande som depressionssjukdomen ger upphov till. Alla människor vet hur det känns att vara tät i andningsvägarna. Alla har vi varit förkylda. Alla har vi haft hjärtklappning inför något nervöst. Få människor, som aldrig upplevt eller känt någon som upplevt depression, kan föreställa sig vilken fruktansvärd känsla det är att inte få luft av ren leda och ångest. I resultatet beskrivs denna känsla, som är viktig för sjukvården att få kunskap om. Depression innebär inte att känna sig lite nere eller ledsen, det innebär en känsla av att bli kvävd av ett monster, dränkt av en våg eller tusliten av en korp. Om den kunskapen inte finns, om man tror att depression handlar om ”att känna sig nere”, att man kan ”ta sig i kragen”, ”må bättre då solen skiner” eller att alla som vårdas på psykiavdelning är våldsamma galningar, då är det inte konstigt att stigmatiserande beteenden utövas i form av oförståelse, förminskning eller kränkning. Det finns dock någonting i oförståelsen som skiljer sig åt mellan somatisk och affektiv sjukdom. Även om det inte finns kunskaper om hur en cancersjukdom upplevs, så finns det ofta en förståelse för hur jag som medmänniska bör bete mig, vad som är lämpligt att säga och göra.

Det finns en förståelse för den cancersjukes lidande. Det går att föreställa sig den smärta som cancer innebär. Vid depressionstillstånd finns inte samma känsla för vad som är lämpligt.

Var gränsen mellan kunskapsbristande oförståelse och stigmatiserande oförståelse går, resultatet visar på konsekvenserna. Det ledde till försämrat hälsotillstånd och en ökad upplevelse av ensamhet. När sjukvården och övriga samhället ska arbeta med informations – och utbildningsinsatser för att synliggöra gruppen av deprimerade patienter, behöver både förkunskaperna och fördomarna hanteras. Den tradition som stämplat psykisk sjukdom som antingen ett yttrande för galenskap eller en icke sjukdom måste arbetas bort. Sjuksköterskan kan vara ett medel i detta arbete.

Fler människor dör genom att ta sitt liv än antalet omkomna i trafiken (American Psychiatric Association, 2011). Många som väljer att avsluta sina liv, gör det på grund av att de är så sjuka i sin depression att de inte ser någon annan väg ut ur lidandet. Tidigare forskning, bland annat av Nyström och Stigdotter Nyström (2007) visar på depressionens livsfarliga konsekvenser. Resultatet stärker denna forskning med samma fynd. En av kvinnorna uttryckte den lättnad som självmordsförsöket innebar: *När jag tog pillerna minns jag att jag tänkte fullständigt klart: 'Tack gode Gud att det är över nu'. (...) Jag log åt min egen galenskap när jag svalde pillren. Jag log vid tanken på att jag äntligen skulle bli fri.* (Brampton, 2009). Det är friheten från lidandet som söks efter, inte döden i sig. ”Tack Gode Gud att det är över nu...” Hur kan samhället inte ta dessa känslor på allvar? Hur kan det få vara tillåtet och acceptabelt att människor lider i en ickesjukdom? Stigmatiseras, negligeras och ignoreras? Hur kan psykavdelning efter psykavdelning stänga ner? Barn och ungdomspsykiatri bantas ner och tiden för samtal på våra vårdavdelningar prioriteras bort. När ska samhället vakna? När är det nog?

Resultatet visar att depressionen skapar en känsla av att inte tillhöra samhället, något som stärks av Nyström och Stigdotter Nyströms (2007) tidigare forskning. Beskrivningar i form av skärmar, glasväggar och fosterhinnor som skärmar av kvinnorna från livet är mycket talande. Det är metaforer som gör det begripligt, som förtydligar känslan av ensamhet. En av kvinnorna uttryckte att hon kunde känna sig ensam i ett rum fullt av människor. Det var inte brist på vänner, familjemedlemmar eller bekanta som skapade ensamheten. Känslan kom innefrån. Biley och Galvin (2007) menar att den förändrade verklighetsuppfattningen och relationerna gör känslan av ensamhet till en del av sjukhusbilden. Resultatet beskriver känslan av ensamhet, utanförskap, dysfunktionen, det ickeadekvata beteendet och vilka förödande konsekvenser som dessa upplevelser ger upphov till. *Varför skulle jag vilja det? Vad finns det på andra sidan som förväntas intressera mig?* uttrycker en av kvinnorna det som, gällande den fosterhinna som

avskärmar henne från livet. Känslor som dessa kan få katastrofala följder för den enskilde, hennes sjukdom och anhöriga. När jag som uppsatsförfattare läst klart en av biografierna, som avslutades med tankar om självmordet, blev jag osäker på om hon fortfarande levde idag. Hon beskrev nämligen hur hon postat manuset till sin e-post, så den kunde publiceras efter hennes död. Men hon lever. Det är oklart om hon ångrade sig eller om det var ett misslyckat suicidförsök som genomgicks. Alla tre kvinnor lever idag. Enligt dem själva är de alla friska och kom ut på andra sidan. De lyckades finna en vändpunkt och gå vidare med sina liv, som friska och starka individer. Det är inte någon lätt resa. Resultatet beskriver vilket hårt arbete som fogas, vilken lång resa ett tillfrisknande från depression innebär. Vad som slog uppsatsförfattaren vid läsning var att möjligheterna för ett tillfrisknande måste finnas, för att det ska vara möjligt. Om man tar arbetslivet som ett exempel. Det svenska politiska klimatet har tvingat cancersjuka patienter ut i arbetslivet, för att de anses inneha en arbetsförmåga. Det har varit stora folkliga protester mot systemet. Att man inte kan arbeta när man är svårt cancersjuk, det borde väll alla förstå. Kan man arbeta när man är deprimerad? Kan man tillfriskna från en depression när man ska vara på jobbet och prestera 8 timmar om dagen? Resultatet visade på svårigheterna i detta. I läkningsprocessen är vila, minskade krav och utövande av välmående aktiviteter A och O. En av biografiförfattarna hade ekonomiska möjligheter att inte jobba, en annan har så här i efterhand gått ut i media och kritiserat sin arbetsgivare för att inte sätta hennes hälsa före hennes prestation och resultat. Det måste finnas stöd för dessa patienter att bli friska. Arbetsgivare, politiker, sjukvård och allmänheten måste förstå att depression är en sjukdom, som likt cancer, hotar patienten till livet. Som behöver få livet anpassat till sjukdomen, inte tvärt om.

Konklusion, implikationer och förslag till fortsatt forskning:

Depression ger upphov till enormt lidande och påverkar hela livsvärlden. Det är en sjukdom som nedprioriteras inom vården och som samhället har en bristfällig kunskap om. Det är dessutom en sjukdom som är utsatt för stigmatiserande beteende, där fördomarna får härja fritt. Patienterna blir lidande, då sjukdomen inte får den uppmärksamhet som den förtjänar.

Det presenterade resultatet kan impliceras på två olika vis. Genom en ökad kunskap om vilket enormt lidande som depression ger upphov till och vilka konsekvenser det får för individens dagliga liv. Det kan också bidra till kunskapen om hur patientens berättelse kan bidra till en förbättrad och mer individanpassad vård.

Exempelvis har resultatet också visat hur tabletter och alkohol kan brukas för att uppnå lindring. Allt bruk av antidepressiva, sederande och hypnotiska läkemedel är naturligtvis inte det samma som missbruk. Dessa mediciner kan vara till hjälp, om inte ett livsavgörande stöd, då lidandet

ligger kompakt över livsvärlden. Det är ändå viktigt för sjuksköterskan att undersöka vilket typ av bruk som föreligger. Det kan vara så att patienten är medveten om att förtärandet av tabletter är destruktivt, även om hon inte erkänner det. Det kan vara så att tablettbruket är ytterligare en stressfaktor. Alkoholkonsumtionen får heller inte glömmas bort. Resultatet visade vilken stark dragningskraft spriten hade i lidandet. Signaler på sådant beteende måste fångas in och tas på allvar. Komplement till medicinsk behandling, i form av terapi, stress och ångesthantering måste presenteras för patienten. Det finns stora resursbrister både inom svensk psykiatri och övrig sjukvård. Den får aldrig användas som en ursäkt till att skriva ut mediciner i brist på tid. Det kan heller inte riskeras att deprimerade personer vänder sig till alkoholen i brist på annan samhällelig hjälp. Då sekundärdiagnosen missbruk utvecklas ur primärdiagnosen depression slukas än mer resurser än vad som behövdes från början och ytterligare ett lidande läggs på patienten. Att upptäcka tidiga tecken och att våga ställa frågan kan därför leda till vinster, inte bara för den enskilde patienten, utan för hela samhället. Även suicidtankar måste tas på största allvar. Det finns all anledning att prioritera problemet, inom alla vårdinstanser. Att en människa vill dö syns inte på utsidan. Känslöytringar som kan framstå som stabila kan gömma intensiva önskningar om att få dö. Resultatet har även visat att suicidbenägna patienter har en mycket stor benägenhet att sträcka ut en hand, för att få hjälp med sin livsleda. Det kan vara små tecken, som lätt kan missas i en stressad och påfrestad vårdmiljö. Ett av sjuksköterskans hjälpmedel för att förstå patientens situation och lidande samt att upptäcka eventuella substansbruk och suicidtankar är patientens berättelse. Prover kan tas, undersökningar genomföras, iakttagelser göras, men det är först då sjuksköterskan sätter sig ner med patienten och ber honom eller henne förklara vad som hänt, upplevts och känts som en riktig bild kan göras. Vid en omvårdnadsdiagnos är det patientens egen upplevelse som ska styra. Vad känner hon? Vad har hon att berätta?

Genom att se berättelsen som en viktig del av datainsamlingen och att vara medveten om lidandets centrala roll i depressionssjukdomen kan vården hjälpa dessa patienter på ett effektivt vis.

Forskningen kring depression behöver utökas, för att öka sjukdomens status. Genom att forskningen får ökade ekonomiska bidrag, ökar uppmärksamheten för sjukdomen. Det behöver forskas mer kring hur deprimerade patienter uppfattas inom hela vårdkedjan och hur patientgruppen kan få en ökad prioritet, även på de somatiska avdelningarna. Det är också viktigt att göra kvalitativa studier på de förkunskaper och fördomar som utövas gentemot patientgruppen, både inom vården och också samhället.

REFERENSER

- American Psychiatric Association (A). *Depression*.
Hämtad 29 Juni 2011 från
<http://www.apa.org/topics/depress/index.aspx>
- American Psychiatric Association (B). *Suicide*.
Hämtad 29 Augusti 2011 från
<http://www.apa.org/topics/suicide/index.aspx>
- Biley, F.C., Galvin, K.T. (2007). Lifeworld, the arts and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 800-807.
- Brampton, S. (2009). *Att nudda vid botten: en personlig berättelse om depression*. Stockholm: Bonnier.
- Dahlborg Lyckhade, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (pp. 139-148). Lund: Studentlitteratur.
- Ehrenreich, B., Hilden, J., Malterud, K. (2007). Patients' written life stories: A gateway of understanding. *Scandinavian Journal of Primary Health Caring*, 25, 33-37
- Gapminder World (2007). *200 years that changed the world*.
Hämtad 15 augusti 2011 från
<http://www.gapminder.org/videos/200-years-that-changed-the-world/>
- Geerlings, L., Parker, G., Wedgwood, L., & Wilhelm, K. (2008). Women and depression: a 30 year learning curve. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 3-12.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Heberlein, A. (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Falun: Mån-pocket.
- Lewis, S.E. (1995). A search for meaning: Making sense of depression. *Journal of Mental Health*, 4, 369-382.
- Nyström, M., Stigdotter Nyström, M.E. (2007). Patients' experience of recurrent depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 673-690.
- Peplau, E.H. (1988). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (2th ed.). Basingstoke: Macmillan Education.
- Praktisk medicin (2011). *Öron, näsa halssjukdomar: Dysfagi*.
Hämtad 15 oktober 2011 från
<http://www.praktiskmedicin.com/sjukdom.asp?sjukdid=536&code=36450>
- Segesten, K. (2006). Att välja möbelför sitt arbete. F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats:*

vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (pp. 85-88). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2009). *Kvinnor mår sämre än män.*

Hämtad 14 Mars 2011 från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

Skärsäter, I. (2010). Förstämningssyndrom. I. Skärsäter (Ed.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (pp. 67-93). Lund: Studentlitteratur.

Statistiska centralbyrån (2006) (A). *Värk, allergier och psykisk ohälsa allt vanligare.*

Hämtad 14 Mars 2011 från

http://www.scb.se/Grupp/valfard/BE0801_2006K04_TI_07_A05ST0604.pdf

Statistiska centralbyrån (2008) (B). *Har besvär av ängslan, oro eller ångest.*

Hämtad 14 Mars 2011 från

http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_170772.aspx

Statistiska centralbyrån (2008) (C). *Har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.*

Hämtad 14 Mars 2011 från http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_48621.aspx

Statens folkhälsoinstitut (2009) (A). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression?*

Hämtad 14 Mars 2011 från

<http://www.fhi.se/PageFiles/6240/R2009-08-Varför-drabbas-kvinnor-oftare-oro-angest-webb.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2009) (B). *Depression: en förklaring till skillnader mellan könen.* (n.d.).

Hämtad 14 Mars 2011 från <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Depressiva-besvar-och-oro---forklaringar-till-skillnader-mellan-konen/>

Wurtzel, E. (1996). *Prozac: Min generations tröst.* Lund: Leander Malmsten.

Bilaga

Kort översikt över böckerna

<p>Titel: Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva</p> <p>Författare: Ann Heberlein</p> <p>År: 2008</p> <p>Förlag: Månocket</p>	<p>Ann är teologie doktor och forskare i etik. Hon försörjer sig också som föreläsare, författare och debattör. Hon är gift och mamma till tre barn. Ann lider också av bipolär depression, typ 2. Hon har också ångest och ständiga suicidtankar. Hon har åkt in och ut på psyket under hela sitt liv. Ann är svensk.</p>
<p>Titel: Att nudda vid botten; en personlig berättelse om depression</p> <p>Författare: Sally Brampton</p> <p>År: 2009</p> <p>Förlag: Bokförlaget Bonnier Existens</p>	<p>Sally är journalist och redaktör för brittiska Elle. Hon har en liten dotter. 50 år gammal drabbas hon av egentlig depression, som pågår under fyra år. Hon kämpar med suicidtankar och testar alla möjliga sorters behandlingar för att bli frisk. Hon drabbas av sekundärdiagnosen alkoholism. Sally är från England</p>
<p>Titel: Prozac; min generations tröst</p> <p>Författare: Elisabeth Wurtzel</p> <p>År: 1996</p> <p>Förlag: Leandermalmsten</p>	<p>Elisabeth börjar skriva sin självbiografi som 26 åring. Hon fick sin depressionsdiagnos då hon var tonåring, men hon har lidit av sjukdomen sedan hon var ett litet barn. Uppsatsen beskriver hennes vuxna år. Elisabeth är student och kämpar för att bli frisk, på vägen dras hon in i destruktivitet som involverar droger, tabletter och alkohol. Hon har också suicidtankar. Elisabeth är från USA.</p>