

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2010:97

Upplevelser av att leva med Bipolär sjukdom  
Ett liv i en känslomässig bergochdalbana

Anneli Arneros  
Martina Molin



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Upplevelser av att leva med bipolär sjukdom. Ett liv i en känslomässig bergochdalbana.  
Författare: Anneli Arneros & Martina Molin  
Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad  
Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng  
Kurs: SSK 02A  
Handledare: Anna Einerskog  
Examinator: Claes Ekenstam

## Sammanfattning

Bipolär sjukdom är en psykisk sjukdom som kännetecknas av två poler (motsatser) vilket innebär perioder av maniska och depressiva perioder. De maniska skoven innebär att personen upplever ett starkt förhöjt stämningsläge, tankeverksamheten är snabb och talet forcerat. Förmågan att tänka självkritiskt är ofta nedsatt, vilket kan leda till att personen utför impulsiva handlingar. Den depressiva fasen är den maniska fasens motpol. Den domineras av nedstämdhet och personen förmedlar ett uppgivet uttryck. Självkänsla och initiativförmåga är sänkt, en känsla av att allting upplevs meningslöst. Behandlingen består i första hand av stämningsstabiliserande läkemedel som planar ut topparna och dalarna av mani och depression. Bipolär sjukdom har visat sig ha en hereditär bidragande orsak. Yttrepåfrestningar i den sociala miljön har även visat sig vara en tänkbar orsak till sjukdomen. Risken för självmord och att hamna i ett missbruk är betydande och innebär en stor hälsorisk för individen. Att leva med bipolär sjukdom innebär en komplexitet på grund av att sjukdomen är en affektiv sjukdom, vilket kan leda till svårigheter att skilja på vad som är orsakat av sjukdomen och vad som tillhör personligheten. Syftet är att beskriva upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom. Vi har valt att analysera tre biografier där författarna beskriver sina erfarenheter av att leva med bipolär sjukdom. Personerna beskriver sina upplevelser när sjukdomen styr deras sinnesstämming, hur de hanterar sitt sjukdomslidande, hur de upplever den vård och behandling de fått samt hur de upplever att inte passa in.

Nyckelord: *Bipolär sjukdom, biografier, upplevelser, levda erfarenheter, manodepressiv sjukdom*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Riskfaktorer i samband med bipolär sjukdom .....	<b>3</b>
Att leva med bipolär sjukdom .....	<b>3</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>4</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
Datainsamling.....	<b>5</b>
Dataanalys .....	<b>6</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>6</b>
Upplevelsen när sjukdomen styr sinnesstämningen .....	<b>6</b>
Upplevelsen av att hantera sitt sjukdomslidande.....	<b>8</b>
Upplevelsen av vård och behandling.....	<b>10</b>
Upplevelsen av att inte passa in .....	<b>12</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>14</b>
Metod diskussion.....	<b>14</b>
Resultat diskussion .....	<b>14</b>
Slutsats .....	<b>17</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>19</b>

## **INLEDNING**

Bipolär sjukdom (även kallad manodepressiv sjukdom) är en livslång sjukdom som innebär perioder (skov) av mani och depression, mellan sina skov är personen ofta symptomfri och kan leva ett normalt liv. Ett stort antal av de personer som lever med bipolär sjukdom klarar att sköta arbete och ha ett socialt liv mellan sina sjukdomsepisoder, men rädslan av ett nytt sjukdomsskov kan orsaka ångest och ett lidande i tysthet. Insjuknandet i en mani eller depression har många gånger ett snabbt förlopp, från att vara symptomfri till att uppleva ett fullt utvecklat skov kan ske inom loppet av några dagar.

När sjuksköterskor möter människor med bipolär sjukdom inom den somatiska vården anser vi det är viktigt att försöka tillgodose deras specifika behov och möta dem med respekt. Våra upplevelser har dock varit att okunskapen omkring psykiska sjukdomar och hur man möter dem på bästa sätt är stor i den allmänna sjukvården. Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatri blev vi uppmärksammade på att fler människor än vi antagit har diagnosen bipolär sjukdom. Vi förstod att sjukdomen innebar ett stort lidande för de drabbade. De har upplevelser av misslyckande och skam över handlingar som utförts under sjukdomsperioderna. Dessa handlingar drabbar inte bara dem själva utan även deras närstående, som bland annat kan ha utsatts för otrohet och ekonomiska förluster.

Många människor med sjukdomen kan uppfattas av omvärlden som mycket duktiga när de hinner och orkar engagera sig inom ett stort antal olika områden samtidigt. De känner sig företagsamma och har obegränsat med energi. Tills en dag när verkligheten hinner ikapp. Tröttheten och ångesten kommer, den bipolära sjukdomen övergår i ett depressivt tillstånd som ofta innebär en upplevelse av självförakt och skamkänslor. För att öka vår kunskap och förståelse för personer med bipolär sjukdom vill vi fördjupa oss i hur personer med bipolär sjukdom upplever och erfar sin livssituation.

## **BAKGRUND**

Bipolär sjukdom debuterar ofta tidigt i livet men för ett stort antal tar det många år innan rätt diagnos har ställts, det leder till ett livslidande för personen på grund av att adekvat behandling uteblivit (Jönsson, Dahlqvist, Wijk, Skärsäter & Danielson, 2008). I Sverige uppskattas 1-2 procent av befolkningen ha diagnosen bipolär sjukdom. Av dessa personer har 90 procent återkommande episoder av manier och depressioner. Självordsrisken bland människor med bipolär sjukdom beräknas vara 6-15 procent (Rusner, Carlsson, Brunt & Nyström, 2009). Bipolär sjukdom delas in i undergrupper där graden av de maniska och depressiva perioderna är vägledande, vid typ I har personen fullt utvecklad mani och depression och typ II är kännetecknad av hypomani och depression (Murphy, 2006). Bipolär sjukdom typ I kan leda till psykos under de maniska episoderna, medan vid typ II är depression den mest dominerande sjukdomsbilden. Anledningen till att sjukdomen delas in i olika typer (undergrupper) är att en adekvat behandling ska kunna erbjudas (Hägström, 2007).

Den maniska fasen innebär att personen har ett starkt förhöjt energi- och stämningssläge, personen känner sig rastlös, har ett snabbt ordflöde samt kan vara extremt lättirriterad. Förlusten av omdöme leder många gånger till ett omåttlig spenderande av sina tillgångar och tillfälliga sexuella förbindelser, på grund av ökad sexualdrift. Behov av sömn och mat är kraftigt reducerat, somliga sover så lite som någon timma per dygn (Murphy, 2006).

En mildare nivå av mani kallas hypomani, som innebär bristande koncentration och oförmåga att ta saker och ting på allvar vilket kan bli besvärande för omgivningen. Personen upplever sig ofta må mycket bra på grund av den sprudlande energi de upplever, att ha möjlighet att vara produktiv både när det gäller arbete och sitt sociala liv. Hypomani kan obehandlad övergå till mani eller bli omvandlad till en depression (Murphy, 2006).

Den depressiva fasen domineras av nedstämdhet, personen upplever sig hjälplös och värdelös. Koncentrationssvårigheter leder till ointresse av andra människor och aktiviteter. Sömnbehovet förändras och en ständig trötthet gör sig påmind, även efter många timmars vila. Individen kan uppvisa avsaknad av tårar men förmedlar ett sorget och uppgivet uttryck (Ottosson, 2007).

Behandlingen av bipolär sjukdom handlar till stor del av läkemedel som utgör en slags bas men även psykoterapi och electro convulsive therapy (ECT) kan vara komplement. Farmakologisk behandling vid bipolär sjukdom innebär stämningsstabiliserande läkemedel som till exempel Litium och Valproat. Det finns dock många negativa effekter av dessa läkemedel, speciellt Litium som har smalt terapeutiskt bredd. Vid Litiumbehandling förekommer biverkningar som diarré, tremor (skakningar), viktuppgång, njurpåverkan samt nedsatt sköldkörtelfunktion. Behandling med Valproat kan leda till negativa effekter som bland annat viktökning, trötthet, illamående, yrsel, trombocytopeni (minskad antal trombocyter som medverkar i koagulationen) och menstruationsrubbnings. På grund av läkemedlens allvarliga biverkningar krävs det att man kontinuerligt gör kontroller för att mäta läkemedelskoncentrationen i blodet (Murphy, 2006). Somliga personer som behandlas med Litium upplever att deras kreativitet sänks under sina friska perioder vilket kan upplevas som ett hinder. Den fleråriga medicineringen erfars av vissa personer som ett slags handikapp (Cullberg, 2003).

Psykoterapi kan vara en bra behandlingsform på lång sikt, det kan innebära samtal med en psykolog eller i en grupp med andra personer med bipolär sjukdom. Gruppsamtalen medför att deltagarna utbyter erfarenheter samt diskuterar hur andra hanterar och upplever sin sjukdom (Murphy, 2006). Att lära sig att använda en humörs-dagbok kan vara en bra strategi för många och på så sätt lära sig undvika de aktiviteter som triggar igång ett sjukdomsskov (Wellman, 2007). Electric Convulsive Treatment (ECT) kan bli aktuellt om patienten inte svarar som önskat på den sedvanliga behandlingen (Murphy, 2006). Behandlingsmetoden används främst vid bipolär depression men kan även användas vid mani, på sikt har ECT en stämningsstabiliserande effekt (Häggström, 2007). ECT behandlingen innebär att patienten under narkos får en elektrisk strömstöt via högra eller båda tinningarna, då ett mycket lätt krampanfall framkallas. Behandlingen utgörs vanligen av 6-8 behandlingar. ECT har visat sig ha mycket god

effekt mot depression, ofta ser man en klar förbättring av patientens tillstånd fyra veckor efter den första behandlingen. Vanligaste biverkningarna av ECT är glömska och förvirring. Det råder osäkerhet huruvida biverkningarna möjligen kan bli bestående eller om de alltid är övergående (Moksens & Ilnér, 2010).

## **Riskfaktorer i samband med bipolär sjukdom**

Risken att sjukdomen överförs genetiskt beräknas vara 15-20 procent, yttre påverkan som en utlösande faktor är även vanlig vid insjuknandet (Cullberg, 2003). Bipolär sjukdom kan medföra en betydande hälsorisk för den drabbade individen med destruktivt beteende såsom självmordsförsök och missbruk. Självmordsrisken är som störst när personen är på väg att tillfriskna från sin depression, handlingskraften har återvänt men humöret är inte normaliserat. Missbruk av alkohol och droger är relativt vanligt bland personer med bipolär sjukdom, till en början tas drogen eller alkoholen för att lindra sjukdomssymptomen men kan med tiden övergå i ett beroende (Murphy, 2006). I studier har man funnit att dödlighet till följd av somatiska sjukdomar som bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och tumörsjukdomar är överrepresenterade bland människor med bipolär sjukdom. På grund av att bipolär sjukdom är livslång innebär det att den farmakologiska behandlingen ofta nyttjas under långa perioder. Flera av de läkemedel som används kan ge en försämring av livskvaliteten genom till exempel viktökning, som i sin tur ökar risken för bland annat diabetes. Viktökningen kan även leda till en ökad risk för att drabbas av muskulär smärta och allmänt nedsatt vitalitet (Häggström, 2007). Läkemedelsbehandling med Litium kan leda till mycket allvarliga konsekvenser om inte rätt koncentration av läkemedlet i blodet upprätthålls. Vid för hög koncentration kan livshotande tillstånd uppstå, såsom en ökad utsöndring av natrium som kan leda till hyponatremi och hjärtarytmier. Behandling med Litium som pågår under lång tid kan leda till att njurfunktionen försämras, därför krävs kontroller med jämna intervaller av njurfunktionen (Murphy, 2006). Många människor med bipolär sjukdom får initialt en annan diagnos, vilket kan leda till att de får fel medicinsk behandling som kan få förödande konsekvenser för personen. Depression, schizofreni och personlighetsstörning är några av de diagnoser som många personer med bipolär sjukdom får till en början (Browne & Russell, 2005). Enligt Wellman (2007) har många personer med bipolär sjukdom symptom mellan åtta och tio år innan de får rätt diagnos, risken för självmordsförsök och oförmåga att sköta arbete eller skola är då ansenlig.

## **Att leva med bipolär sjukdom**

Att leva med bipolär sjukdom innebär en komplexitet genom att personligheten och sjukdomsbilden sammanflätas, detta kan upplevas som en kamp mellan vad som tillhör den egna personen och vad som är orsakat av sjukdomen. Det blir en strid att försöka förstå och vara i förbindelse med sig själv, detta kan upplevas som ett liv i kaos. Även under de perioder där sjukdomen inte är lika framträdande kan livet präglas av skuld känslor, skam och dåligt samvete för handlingar som utförts under perioder av sjukdomen (Browne & Russel, 2005). Att pendla mellan hypomani/mani och depressiva tillstånd upplevs ibland som att pendla mellan att vara enormt stark och helt kraftlös. På grund av dessa växlingar kan upplevelsen av att lära känna sig själv och leva i samklang

med sig själv vara svårt. Ovissheten om vilket mentalt skick han eller hon befinner sig i nästkommande dag leder till en ständig närvaro av rädsla för hur framtiden ska ta sig i uttryck (Rusner et al. 2009).

Under de depressiva perioderna kan livet upplevas som mörkt och som att sinnet är ur funktion. Känslan av att vara ledsen, värdelös och att ha ett dåligt självförtroende präglar denna period. I de maniska perioderna känns hjärnan uppskruvad och på högvarv, alla känslor och intryck är intensivare än normalt. När personen befinner sig i en manisk fas klarar han/hon att utföra saker i ett rasande tempo för att i den depressiva fasen uppleva det motsatta, det kan ta en oändlig tid att utföra även de vardagliga sysslorna. Hur känslorna upplevs erfar många med bipolär sjukdom som omöjligt att beskriva i ord. Personer med bipolär sjukdom upplever en komplex livssituation, de upplever och erfar samma känslor som andra som inte har sjukdomen, men deras känslor är mer intensiva och mångfacetterade (Rusner et al. 2009). För att som sjuksköterska och medmänniska kunna få möjlighet att ta del av en annan människas livsvärld ska ett lyssnande och observant förhållningssätt intas (Wiklund, 2003). Att använda sig av ett livsvärldsperspektiv innebär att se, förstå, beskriva och analysera världen så som den erfars av människor (Dahlberg et al. 2003).

Människor med bipolär sjukdom har många gånger svårt att finna sin roll, vem är jag – vad hör till min personlighet och vad kommer från min sjukdom? Detta leder till ett livslidande som enligt Wiklund (2003) uppkommer när människan känner saknad av en rolltillhörighet, att inte befinna sig i ett socialt sammanhang. Genom att förlika sig med sjukdomen och acceptera den beskriver människor med bipolär sjukdom att det blir lättare att kontrollera och förhindra nya sjukdomsepisoder (Browne & Russel S, 2005). Enligt (Dahlberg et al. 2003) är livslidandet och sjukdomslidande sammanflätade hos psykiskt funktionshindrade människor. Livslidandet hör samman med en upplevelse av att känna rädsla av att inte ha en roll eller en funktion i arbetslivet och i den sociala samvaron (Wiklund, 2003). Begreppet sjukdomslidande beskrivs av Wiklund (2003) som en begränsning och otillfredsställelse med livet på grund av sjukdom. Sjukdomslidandet kan ha flera betydelser som till exempel den existentiella ensamheten som kan upplevas när man drabbats av sjukdom, att ingen kan förstå mitt lidande eller när omgivningen drar sig undan och den lidande upplever skuld och skam (Dahlberg et al. 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

Bipolärsjukdom är en psykisk sjukdom som i många fall inte är synlig för omvärlden. I vår kultur är det tabubelagt och kan betraktas som något fult och konstigt att leva med en psykisk sjukdom. Många försöker dölja sin psykiska ohälsa och anstränger sig för att uppvisa ett normalt yttre trots att en storm pågår inombords. Påfrestningen av att försöka dölja sitt sjukdomstillstånd leder ofta till att personen upplever en splittrad livsvärld och mycket energi går åt till att ”hålla skenet uppe” för omvärlden. Bipolär sjukdom är en av de mest kostsamma sjukdomarna i samhället på grund av att individen riskerar att drabbas av såväl kroppslig ohälsa som samsjuklighet med andra psykiska åkommor, där även missbruk inkluderas. Frekvensen av självmordsförsök och fullbordade självmord är hög. Personer med bipolär sjukdom söker ofta vård inom

primärvården för somatiska symtom och mer sällan psykiatrisk vård (Häggström, 2007). Det finns påfallande lite forskning som bygger på upplevelsen och erfarenheterna av att leva med bipolär sjukdom. De flesta studier om sjukdomen är inriktad på biologisk, psykofarmakologisk och psykologisk forskning. Som yrkesverksam sjuksköterska inom allmänsjukvården möter vi denna patientgrupp i många olika vårdsammanhang. Därför är det viktigt att ha kunskap om sjukdomen och hur personer med bipolär sjukdom upplever och erfar sin situation, för att kunna visa förståelse och tillgodose personen samt eventuella närståendes behov. Leder sjukdomen till begränsningar och/eller uppoffringar? Innebär sjukdomen att den drabbade måste leva ett liv som är anpassat till sjukdomen?

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom.

## **METOD**

Uppsatsen är en kvalitativ litteraturstudie baserad på tre biografier. En biografi är en berättelse som bygger på en persons livshistoria, den kan antingen vara skriven av personen själv eller av någon annan (Segersten, 2006). För att kunna ta reda på vilka levda erfarenheter personer med bipolär sjukdom upplever har vi studerat självbiografier där författarna beskriver sina levda upplevelser. Enligt (Dahlborg-Lyckhage, 2006) är en analys av en berättelse en lämplig metod för att skapa kunskap om människors levda erfarenheter av sjukdom och lidande.

## **Datainsamling**

Våra inklusionskriterier i litteraturstudien var att beskriva levda erfarenheter av bipolär sjukdom, båda könen erfarenheter skulle studeras med samma antal författare det vill säga två kvinnor och två män. Litteraturen skulle vara skriven på svenska, på grund av våra språkbegränsningar och därigenom undvika missstolkningar som kan påverka resultatet. Tillvägagångssättet för att finna lämplig litteratur som motsvarade våra inklusionskriterier var att söka i LIBRIS och med hjälp av bibliotekarie på Södra Älvsborg sjukhusbibliotek. Sökorden som användes var bipolär sjukdom och biografi och de gav 18 träffar. Nio stycken uteslöts på grund av att de inte var självbiografier. Två var inte skrivna på svenska. Av resterande valdes två biografier ut som var skrivna av kvinnor. Vi fann endast en biografi skriven av en man som motsvarade våra inklusionskriterier.

Exklusionskriterierna som gjordes var böcker där närstående hade beskrivit sin upplevelse av sjukdomen och litteratur där personen hade fler diagnoser än bipolär sjukdom samt var skrivna på annat språk än svenska.



## **Dataanalys**

Enligt (Dahlberg, 1997) innebär dataanalys att den insamlade texten bearbetas och struktureras för att sedan kunna sammanställas i en resultatbeskrivning. För att bekanta sig med textmaterialet läser forskaren igenom texterna upprepade gånger. Avsikten med dataanalysen är att ta till sig materialet och förstå vad varje person försöker förmedla (Dahlberg, 1997). Analysen är en process där materialet bearbetas för att slutligen bli en helhet. Förhållningssättet vid en textanalys bygger på en öppenhet för att skapa förståelse av textmaterialet (Dahlberg- Lyckhage, 2006).

I analysen av materialet lästes biografierna upprepade gånger för att göra oss bekanta med texterna. Analysen av texterna genomfördes med utgångspunkt från syftet. Frågor ställdes till texten som exempelvis; vems upplevelser är det som beskrivs? Är detta en upplevelse till följd av sjukdomen? Innehållet sammanställdes sedan och gemensamma levda erfarenheter plockades ut, av dessa bildade vi våra teman. Under arbetes gång har vi omarbetat våra teman flera gånger, för att de ska vara så representativa som möjligt för innehållet i vår litteraturstudie. För att belysa resultatet och öka tillförlitligheten i studien har citat plockats ut från texterna. Citaten ger en beskrivande bild av hur det kan upplevas att leva med bipolär sjukdom.

## **RESULTAT**

Ur analysen av biografierna fann vi gemensamma delar som bildade teman. Dessa teman är: Upplevelsen när sjukdomen styr sinnesstämningen, upplevelsen av att hantera sitt sjukdomslidande, upplevelsen av vård och behandling och upplevelsen av att inte passa in. Vi har sedan valt att använda dessa teman som rubriker i resultatet.

### **Upplevelsen när sjukdomen styr sinnesstämningen**

Samtliga författare uppger att sjukdomen påverkar sinnesstämningen. De beskriver upplevelsen av att tappa kontrollen i de olika sjukdomsepisoderna. Författarna uppger att sjukdomen i de mest framträdande perioderna styr deras liv utan att de själva kan påverka sina handlingar. Upplevelsen av att sinnena är vidöppna och att de är sårbara för omvärlden är genomgående i författarnas berättelser. När sinnet är vidöppet kan något som i vanliga fall anses vara en bagatell vara tillräcklig för att det ska bli för påfrestande för dem. En av författarna beskriver det som att ömsa skinn, att inte ha något skydd mot omvärlden.

Sinnesstämningarna under sjukdomsperioderna växlar mellan depressiva och hypomana/maniska faser, de tappar kontrollen och hela det sociala livet påverkas. De har periodvis svårt att fungera inom yrkeslivet och även deras närstående drabbas i samband med att sjukdomen har en dominerande inverkan på humöret. Författarna skildrar sina liv i perioder av kaos. De växlande sinnesstämningarna som drabbar författarna leder till ett livslidande och en upplevelse av att livet påverkas är framträdande. De upplever rädsla för att inte kunna hantera sina känslor och handlingar.

Författarna i studien har en gemensam upplevelse av att under den hypomana/maniska fasen vara produktiva och arbetsamma. Känslan av att kunna utföra uppgifter och utmaningar i ett svindlande tempo och ett flöde av idérikedom, att de kommer med fantastiska lösningar och förslag på olika problem. Ingen uppgift känns för svår de har känslan av att klara av vad som helst, de känner sig starka och oövervinnerliga. På sin höjd kan de endast sova några timmar per natt. Hungerskänslorna är obefintliga. Författarna beskriver känslan när den hypomaniska/maniska fasen förr eller senare går överstyr, en känsla av hjälplöshet och att världen omkring dem faller samman. Kvinnorna i studien utför impulsiva handlingar. De gör dyra och spontana inköp och har flera tillfälliga sexuella förbindelser. Ordnar storslagna fester som imponerar på vännerna. Till en början upplever de en känsla av tillfredsställelse och bekräftelse av sina handlingar, men konsekvenserna blir förödande och mycket ångestladdade när de kommer till insikt vilka följderna kan bli.

*”Största delen av min avhandling skrev jag när jag var hypomanisk, liksom de andra böckerna jag skrivit. Jag är mycket produktiv i början av ett maniskt skov och då håller det jag gör en hög kvalitet. Jag sprutar ur mig artiklar, essäer, krönikor och recensioner. Jag föreläser, debatterar och är oerhört social. Jag orkar och hinner allt. Men förr eller senare tappar jag greppet, börjar säga allt konstigare saker, göra märkliga associationer, bli för aggressiv i debatter och diskussioner, driva irrelevanta teser”*

*(Heberlein, 2008, sid 112)*

*”Jag arbetar dygnet runt med boken och skolan och undervisar på två kurser, berusad eller nykter, det spelar ingen roll, och min stressnivå slår i taket. Jag har gjort slut på nästan alla pengar jag tjänade på Wasted och även förskottet för nästa roman, och jag vet inte riktigt på vad. Mina vänner är på väg att ge upp. Jag sover inte, har riskfyllda förbindelser, äter knappt. Varför äta? Det är massor av kalorier i sprit”*

*(Hornbacher, 2009, sid 121.)*

Mannen i studien beskriver att när han var hypoman var hans sinnen vidöppna, han tog in allt som skedde runtomkring honom. Han beskriver det som en känsla av att sakna skydd mot omvärlden, som att vara hudlös. Detta gjorde honom mycket sårbar.

*”Mitt sinne stod vidöppet och mycket lätt kunde något inträffa som gjorde att det blev för mycket. Hela min person var utan skydd”* (Lagercrantz, 2010, Sid. 81).

Författarna har redan som barn eller tidiga tonåren haft depressiva perioder. Under de depressiva faserna beskriver de en djup känsla av meningslöshet. Allt i omgivningen känns svart och skrämmande. Kroppen upplevs tung och att ta sig upp ur sängen känns som en kraftanstängning de knappt klarar av. Författarna beskriver upplevelsen av kraftiga ångestattacker som är svåra att uthärda. I de depressiva perioderna blir författarnas upplevelse av sjukdomslidande påtagligt. All viljestyrka är som bortblåst. Gråten gör sig hela tiden påmind och tårarna rinner utför kinderna, utan någon speciell anledning. Tankarna känns tröga och långsamma. En upplevelse av att befinna sig

utanför den egna kroppen, saker och ting sker i omgivningen utan att de varken förstår hur eller varför. De känner ingen delaktighet i omvärlden. Kvinnorna beskriver en stark känsla av självförakt och skam när de saknar kraft och resurser att påverka sitt depressiva tillstånd. Samtliga författare skildrar en oförmåga att ifrågasätta och reflektera över vad som sker i deras omgivning under den depressiva fasen.

*”Bara en liten stund. Jag håller dig sällskap. Vi går inte långt, bara till nedervåningen. Du behöver inte göra någonting alls. Du kanske kan bläddra i någon bok medan jag arbetar lite. Ska du inte göra ett försök? Jag lutar huvudet mot väggen bakom mig med tårarna rinnande nerför kinderna, men jag gör ingen ansats att torka dem. För ansträngande, viskar jag. Alldeles för jobbig” (Hornbacher, 2009, Sid 155).*

*”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, sid 192).*

När mannen i studien var tonåring tjänstgjorde han på en båt där han insjuknade i en depression. Kaptenen på båten tvivlade på honom och trodde att han var lat och inte ville arbeta. Mannen blev slagen och saknade helt förmåga att göra motstånd, han kände sig som förlamad.

*”Ta av dig byxorna, sa han och jag gjorde som jag blev tillsagd. Lagg dig över mina knän, fortsatte han. Min vilja var förlamad och som ett litet barn lade jag mig över styrmannens knän. Ur en låda tog han fram ett sorts ridspö och började slå mig över stjärten. Han slog inte särskilt hårt men höll på rätt länge. Jag var dock helt oberörd och lika fogligt tog jag på mig byxorna igen” (Lagercrantz, 2010, sid 44).*

## **Upplevelsen av att hantera sitt sjukdomslidande**

Samtliga författare beskriver upplevelsen av ett sjukdomslidande. Till följd av sjukdomen upplever de en existentiell ensamhet, ingen annan kan förstå det kaos de upplever inombords. Att sätta ord på sitt sjukdomslidande och göra det begripligt för utomstående upplever de många gånger som omöjligt. De beskriver att de upplever en känsla av att befinna sig utanför den egna kroppen, som att känna sig bedövd. För att hantera sitt sjukdomslidande har författarna utformat olika strategier. En gemensam strategi de har är att de många gånger söker vård på eget initiativ. Att belasta sina närstående med sin ångest och oro vill de helst inte göra. I biografierna beskriver författarna sina kontakter med psykiatrin som något som ger en känsla av trygghet. På sjukhus upplever de att de kan släppa sin fasad, våga visa sin svaghet och blotta sina känslor.

*”Läkaren ställde de vanliga frågorna men bara efter några minuter undrade han om jag ville stanna på sjukhuset. Jag svarade utan vidare ja och fördes till intagningsavdelning där jag fick ett eget rum. På vägen dit lade jag mig som en hösäck på golvet. Jag kände mig som en alkoholskadad uteliggare. Alla krav var borta” (Lagercrantz 2010 sid 127).*

*”Jag är ful. Det är väldigt fult att sitta i väntrummet på S: t Lars. Min ångest tillhör inte den chica existentiella kulturångestgenren. Min ångest är verkligen inte klädsam. Den genererar inte stor poesi och passar dåligt ihop med rödvin och sociala sammanhang.” (Heberlein, 2008, sid 13).*

Gemensamt för författarna är att de upplever en otillfredsställelse, att de inte är som alla andra. Författarna beskriver att de upplever att de är en belastning för sina familjer och närstående, speciellt under sina depressiva skov då deras förmåga att utföra vardagliga tillsynes enkla sysslor känns omöjliga att utföra. De beskriver en upplevelse av tomhet inombords och ingenting känns meningsfullt. Alla har de uttalat självmordstankar, men endast en av dem har detaljerade och allvarligt menade planer. Detta är ett sätt för henne att hantera sitt sjukdomslidande. Ett sätt för henne att fly från sitt inre kaos. Hon har funderat på vad hon ska skriva i sina avskedsbrev till sina barn och sin man. Hur hon ska få dem att inte känna skuld, att det inte är på grund av dem hon tagit sitt liv.

*”Jag sviker och förstör. Jag är ett grått moln. Ett ovädersmoln som gör allt fuktigt och eländigt. Som dämpar ljud och skratt och glädje och får alla andra att känna sig otillräckliga” (Heberlein, 2008 sid 191).*

*”Vad skriver man i ett avskedsbrev? I ett brev som verkligen är ett avskedsbrev, ett brev som liksom är definitivt. Vilka förväntningar ställer man på ett sånt brev? Ett brev som ska sätta punkt för ett helt liv, som ska förklara något om varför, kanske uttrycka någon form av tröst, säga något vackert och klokt om existensen” (Heberlein, 2008 sid 165).*

Författarna beskriver att när de fick diagnosen bipolär sjukdom upplevde de en lättnad, en bekräftelse på att deras upplevelse av lidande hade en orsak. Men samtidigt upplevde de skam över att ha en psykisk sjukdom, som de egentligen alltid anat. Kvinnorna hanterar periodvis sitt sjukdomslidande genom självskadebeteende och ätstörningar. De upplever att matmissbruket och att skada sig själva lugnar deras tankar och stillar deras oro. Det blir en strategi att ta till när lidandet till följd av sjukdomen och påfrestningarna blir för stora.

*”När jag kräks, rensar jag ut alla rädslor, paranoian, tankarna. Matmissbruket ger mig trygghet” (Hornbacher, 2009 sid 24).*

Kvinnorna i vår studie beskriver att de missbrukat alkohol för att lindra sitt sjukdomslidande. Alkoholen har använts som en slags självmedicinering, till en början hade den en lindrande effekt och humörsvängningarna planade ut. Upplevelsen av att känna sig berusad och oövervinnerlig var en euforisk känsla som resulterade i att de fortsatte sitt skadliga bruk av alkohol. I berusningen kände de ingen ångest, det fick tankarna att sluta rusa omkring i huvudet. Författarna kommer dock till insikt efter år av missbruk att deras sjukdomslidande förvärras av alkoholen.

*”Jag har också gjort det där. Självmedicinerat. Jag gör inte det längre. Nästan aldrig i alla fall. Jag kan inte dricka alkohol. Jag får en allergisk reaktion. Jag reagerar tio gånger starkare än andra människor. Det är inte bra. Inte bra alls. När jag är manisk blir jag tio gånger mer manisk med alkohol i kroppen - tio gånger mer social/sexuell/aggressiv/självpupptagen. Det får förödande konsekvenser. När jag är depressiv blir jag tio gånger mer deprimerad – tio gånger mer ångestfylld/suicidal/skuldyngd/självföraktande” (Heberlein, 2008, sid 102).*

*”Alkoholen och jag har en lång och destruktiv relation framför oss. Inledningsvis gör den underverk för mig. Inte längre låg, och inte heller alltför hög. Den håller mig igång, energisk och inspirerad. Under flera år framöver tror jag det, trots alla bevis på att det inte är så” (Hornbacher, 2009, sid 27).*

## **Upplevelsen av vård och behandling**

Samtliga författare har ett långvarigt förflutet inom den psykiatriska vården. De hade sina första kontakter i tonåren, som sedan följs av många besök och inläggningar. Besöken har inneburit många kontakter med personer inom olika yrkeskategorier som till exempel psykologer, terapeuter och psykiatriker.

Gemensamt för författarna var att de innan diagnosen fastställdes, upplevde sig missförstådda och felbedömda. De uttryckte en känsla av galenskap men läkarna envisades med att diagnostisera deras tillstånd som depression. När rätt diagnos var fastställd och kontakten med den psykiatriska vården var mer etablerad upplevde författarna mestadels vården som en hjälp och ett stöd, när livet kändes kaotiskt. Eftersom författarna har stor vana av vården och dess personal har de skaffat sig erfarenhet och lärt sig att bedöma och granska dem utifrån sitt perspektiv.

*”Vissa av dem är fientliga, vissa är mycket smarta, vissa är idioter, de flesta lite jäktade, men några är det gamla vanliga-gemensnittliga humana” (Hornbacher, 2009, sid 64).*

Upplevelsen av att inte vilja vara en belastning för sina vänner och närstående var främst utmärkande för kvinnorna. Istället för att kontakta sina vänner när ångesten och oron blir övermäktig söker de sig till den psykiatriska vården.

*”Därför ringer jag inte till någon när jag inte orkar med mig själv. När ångesten blir för stor. När jag inte orkar leva. Jag åker till psykakuten istället”(Heberlein, 2008, sid 19).*

Mannen i vår studie beskriver upplevelsen av att som tonåring vara inlagd på en psykiatrisk avdelning tillsammans med vuxna medpatienter som både skrämmande och spännande. Han beskriver att när han ser tillbaka förstår han hur viktigt det var för hans framtida insjuknanden att tidigt ha fått rätt diagnos. Han beskriver att han vid flera tillfällen blivit mycket våldsam vid olika sjukhusvistelser. I hans beskrivningar av de våldsamma episoderna påvisar han inte någon skam eller ånger över sitt handlande.

*”Fem vårdare rusade från sina avdelningar ner till intagningsavdelningen och kastade sig över mig. Jag låg stilla, det kändes skönt att inte kunna röra sig. Jag blev lugnare och vårdarna släppte mig. Jag reste mig och de återvände till sina jobb. Papperskorgen, som jag haft på huvudet, låg i ett hörn. Det var över för den gången.”(Lagercrantz 2010, sid 8).*

I samband med alla läkarkontakter har författarna blivit behandlade med många olika läkemedel. Tabletter med lugnande-, sövande-, antidepressiv- och stämningsstabiliserande effekter har frikostigt skrivits ut till dem. Författarna upplever att det har genomgått onödigt många olika och felaktiga läkemedelsbehandlingar på grund av att läkarna inte har kunnat ställa rätt diagnos på dem. De anser att detta har inneburit ett onödigt lidande. Paradoxalt nog är det samtidigt läkemedlen som gjort att de överhuvudtaget har kunnat överleva. De är medvetna om att läkemedlen inte kan bota dem men att de gör att de lever. Författarna upplever att läkemedlet Litium gör dem trögtänkta och mindre kreativa, därför har de svårt att känna sig motiverade till denna behandling. En av kvinnorna vägrar att bli medicinerad med Litium, medan de två övriga tillåter det trots biverkningarna. De anser att Litium håller sjukdomen under kontroll.

*”För att bli ”god vän” med denna medicin började jag läsa om den. Hur den verkar i hjärnan är inte helt klarlagt men den förebygger onormal upprymdhet och uttalad nedstämdhet”(Lagercrantz, 2010, sid 187).*

*”Medicinerna hjälper. Det har jag bevis på. Jag har ett hem. Tandkräm. Mat. En veranda och en hammock. Äntligen är det lugnt i mitt sinne. Nästan tyst. Doktor Lentz har förklarat att galenskapen finns där och kommer alltid att göra det. Men den kommer att sova så länge jag inte väcker den”(Hornbacher, 2009, sid 167).*

*”Jag är övertygad om att jag levt så här länge tack vare alla piller jag stoppat i mig. Utan drogerna skulle jag tagit livet av mig för många år sedan. Utan drogerna skulle jag varit död. Så är det. Men drogerna gör mig inte lycklig. Drogerna löser inte mina problem”. (Heberlein, 2008, Sid 24)*

*”Lithium vägrar jag. Tjock och trögtänkt kan jag inte vara”  
(Heberlein, 2008, sid 24).*

Två av författarna har blivit behandlade med ECT. Mannen i studien beskriver inte dessa behandlingar som något han fruktade eller kände oro inför, till skillnad från kvinnan som kämpade emot in i det längsta. Hon kände sig livrädd för konsekvenserna av behandlingen. Men när inget annat hjälper henne att komma ur sin ångest ger hon tillslut med sig och genomför behandlingen.

*”Fast smärtan är egentligen inte fysisk, men den känns så, och den griper tag i min bröstorg med sina händer och pressar ihop revbenen så att jag förstår att jag aldrig kan fly undan, att jag kommer att dö av smärtan innan de kan rädda mig från den obarmhärtiga grymheten i mitt eget huvud. Så när hon frågar säger om jag är villig att pröva en elbehandling är det inte Jeff som säger ja. Det är jag”  
(Hornbacher, 2009, sid 215).*

*”När man kom in fick man en spruta så att man slappnade av och sövdes. Sedan visste man ingenting förrän man vaknade uppe på avdelningen och kände sig lite konstig och tom på något sätt. Närminnet var också försämrat, I journalen påstår läkaren att min sinnesstämning efter elchockerna var något labil. Jag var lite naivt språksam och nyfiken, men korta stunder, särskilt nattetid, hade jag visat mig ängslig och tvehågsen” (Lagercrantz, 2010. Sid 49).*

## **Upplevelsen av att inte passa in**

Gemensamt för samtliga författare är känslan av att vara annorlunda. Upplevelsen av ett utanförskap har inneburit ett livslidande för dem. De har mer eller mindre under hela sitt liv haft en känsla av att vara avvikande, att inte passa in i den genomsnittliga mallen. De beskriver en önskan och en längtan av att få vara som andra, att uppleva lugn och ro i själen. En önskan att komma ifrån den ständigt gnagande oron och den återkommande ångesten. De beskriver ett liv i kaos som kantas av misslyckanden. En känsla av att ofta bli missförstådda och dömda. De har tidigt fått en roll som en udda och avvikande person av omgivningen.

Författarna har en föreställning om att alla andra lever ett perfekt liv i total harmoni och balans. En önskan att leva ett normalt och vanligt liv är genomgående i författarnas biografier. Upplevelsen av att inte ha förmågan att leva upp till omgivningens krav och förväntningar gjorde att de försökte visa sig duktiga och ambitiösa. De försökte att kompensera otillräckligheten de kände genom sitt skrivande. De fann tidigt att de hade en förmåga att producera texter som omgivningen uppskattade. Skrivandet blev något positivt, något som gav dem ett personligt värde.

*"Jag vet att jag är annorlunda. De säger att jag lever i mitt huvud, men de menar bara väl. Jag är tokig. De andra barnen säger det och pekar med ett roterande finger mot huvudet. Koko! Koko! Säger de, och jag skrattar också medan jag rullar med ögonen precis som en tokig människa gör" (Hornbacher 2009 sid 15).*

*"Jag blev manisk när jag ville visa att jag dög, inte när jag utsattes för andra påfrestningar som till exempel när mina föräldrar dog" (Lagercrantz, 2010, sid 226).*

Författarna beskriver att det är som att bära på en hemlighet om vad som döljer sig inom dem. De uttrycker att de bär på en galenskap som är svår att hantera. De har ett välanpassat yttre, men har hela tiden en känsla av att inte vara som andra inuti. De kämpar med att hålla skenet uppe men i deras inre är det kaos, så har det alltid varit så länge de kan minnas. Mannen beskriver att han alltid varit öppen mot sina arbetskamrater och chefer om sin sjukdom, därför upplever han inte att han behövt dölja sin sjukdom på samma sätt som kvinnorna beskriver.

*"Nej. Jag förråder mig sällan. Jag håller oftast masken. Men jag bär också något i min famn. Vad är det jag bär i min famn? Vad är det jag inte kan släppa? Jag blir så rädd när jag förstår att alla andra är normala (Heberlein, 2008, sid 104)."*

*"Jag är inte längre en ung och vild och tokig och knäpp tjej. Jag är en mentalsjuk vuxen kvinna. Innerst inne har jag egentligen anat det hela tiden" (Hornbacher, 2009, sid 73).*

*"När någon klasskamrat ropade åt mig att jag suttit på dårhus kände jag mig plågad men det gick aldrig så långt att jag kände mig mobbad (Lagercrantz, 2010, sid17).*

Kvinnorna beskriver att de trivs bäst när deras liv följer rutiner, när de gör vardagliga saker som alla människor gör. Det ger dem en känsla av tillfredsställelse att ha ett välstädat hem och laga mat. Kvinnan i vår studie som har barn beskriver att när hennes barn var nyfödda mådde hon som bäst, all hennes vakna tid fick hon ägna åt det lilla barnet som var helt beroende av hennes omsorg för att överleva. Hon fick sätta sig själv och sina känslor i andra hand. Att ha rutiner i sitt dagliga liv var viktigt för alla tre författarna för att de ska undvika nya sjukdomsepisoder. Kvinnorna är de som mest beskriver ett behov av att vara och ha ett normalt liv. Deras krav på sig själva är kolossala då deras uppfattning om att normalt liv är det samma som en vardag helt utan ett enda misstag. Ingenting får glömmas av eller inträffa som inte var planerat.



## **DISKUSSION**

Vi har valt att dela in vår diskussion i tre delar, metoddiskussion, resultat diskussion samt slutsats. I metoddiskussionen har vi kritiskt reflekterat över vårt datamaterial. Resultatdiskussionen belyser våra teman och vi reflekterar kring resultatet. Under rubriken slutsats har vi reflekterat över delar i resultatet och givit förslag till nya forskningsfrågor.

### **Metod diskussion**

Metoden vi använt i vår litteraturstudie har gjort det möjligt att uppfylla vårt syfte att redogöra för hur det är att leva med bipolär sjukdom. Enligt (Rusner et al. 2009) är det vanligt förekommande att analysera självbiografier för att identifiera upplevelsen av levda erfarenheter, på grund av att få studier gjorts som belyser detta. För att uppnå största möjliga tillförlitlighet om upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom var målet att studera båda könen erfarenheter. Vi hade en förhoppning om att studien skulle innefattas av två män och två kvinnor, men det uppkom svårigheter att finna biografier där huvudpersonen var manlig. Mycket tid lades ner på att söka efter litteratur som ingick i våra inklusionskriterier. Slutligen analyserades två böcker med kvinnors upplevelser och en bok där mannens upplevelse illustreras. På grund av att antalet böcker inte är jämt fördelat mellan könen har det inte gått att göra en rättvis bedömning utifrån ett genusperspektiv.

### **Resultat diskussion**

För att presentera resultatet delades den in i fyra olika teman. Våra teman var övergripande och innefattade stora områden som var gemensamma för samtliga författare. Dessa teman utgjorde en ram som gjorde det lättare att sortera in författarnas olika erfarenheter och upplevelser. Inom våra teman såg vi att det fanns både gemensamma upplevelser men också skillnader påvisades. Resultatet i studien påvisade upplevelsen och erfarenheten av att leva med bipolär sjukdom som stämde överens med vårt syfte.

Författarna i studien förmedlar en känsla av en tillvaro med perioder av kaos och galenskap. En upplevelse av tvära kast mellan symtomfria-, maniska- och depressiva perioder. När vi läste böckerna blev vi starkt berörda och författarnas berättelser gjorde att vi fick en inblick i det kaos och den ångest som de upplevde. Centralt var upplevelserna av ett livslidande till följd av sin sjukdom, hela deras tillvaro styrs av sjukdomens olika karaktärer. Mannens biografi är skriven mestadels utifrån journalanteckningar. Vi har funderingar på om det har påverkat hans förmåga att beskriva sina upplevelser under de mest dramatiska sjukdomsperioderna, med tanke på att de ligger bakom honom. Han kanske har fått lite självdistans med åren och kan ha glömt eller trängt bort delar av sina sjukdomsepisoder, han har uppnått en ålder av 67år när boken ges ut. Mycket av det han läser i sina journaler kommer han inte själv ihåg. Kvinnorna är yngre och vi fick uppfattningen att böckerna stundtals är skrivna i ett sjukdomstillstånd. Deras texter är bitvis osammanhängande och som läsare får man en känsla av att författarna upplevde ångest och kaos när böckerna skrevs, det kanske är lättare att förmedla en känsla när man är mitt i den. Med tanke på att kvinnornas

berättelse gav en tydligare förmedling av känslostormarna som beror på sjukdomen blev vi som läsare mer berörda och påverkade av deras biografier.

Vår studie påvisade en upplevelse av att inte passa in, ett liv i kaos och en önskan av att leva ett liv i harmoni med sig själv. Författarna hade tidigt i livet en upplevelse av att känna sig annorlunda. I analysen av biografierna har vi reflekterat över författarnas föreställning om att alla andra människor lever ett perfekt liv i harmoni och balans. De tror att bara för att de begår ett misstag så går allt förlorat och deras tillvaro raseras. En uppfattning av att andra människor runtomkring dem är felfria är återkommande i biografierna. Författarna har alltid haft en känsla av att vara annorlunda. Våra funderingar kring denna uppfattning leder till att författarna drabbas av prestationsångest och att de försöker kompensera sin känsla av oduglighet. I studien visade det sig att författarna ökade sin arbetstakt och tillbringade mer tid på sina arbetsplatser än kollegorna. Det gjorde att de överansträngde sig och detta kunde leda till ett nytt maniskt skov. Vi tror att det skapar ångest att ständigt ha en föreställning av att inte duga som man är. Bipolär sjukdom bidrar till ett liv som innehåller annorlunda perspektiv av livet, som inte tillhör det normala (Rusner et al. 2009).

Under de maniska perioderna gjorde kvinnorna impulsiva inköp och inledde tillfälliga sexuella förbindelser. Till en början gav det dem en känsla av tillfredställelse och bekräftelse, men när insikten om vad de gjort medvetandegjordes uppfylldes de av ångest och skamkänslor. Våra funderingar kring kvinnornas tillfälliga sexuella förbindelser är att det kan uppkomma svårigheter att leva i en parrelation. Vi tror att närstående till personer med bipolär sjukdom ofta har upplevelse av att bli kränkta och svikna. Att göra impulsiva inköp och skuldsätta sig tror vi skapar slitningar inom familjen, där även barnen drabbas av ett lidande till följd av den sjukes beteende. På grund av händelser som kan inträffa i de maniska perioderna förmodar vi att det finns en ökad risk för separation och skilsmässa. I en studie som handlar om livskvalité i samband med bipolär sjukdom beskrev deltagarna att för att kunna uppleva ett gott liv var det viktigaste att ha ett bra socialt stöd (Michalak, Yatham, Kolesar & Lam 2005). En av författarna har intervjuat sin bästa vän samt sin fru och frågat hur de upplevde hans sjukdom. Vännen beskriver att han alltid kände ansvar för sin kamrats sjukdom, många gånger följde han med till sjukhuset när mannen i studien mådde dåligt. När han senare gifte sig lämnade vännen över ansvaret till frun. Våra funderingar kring detta är hur stor börda det kan bli för de närstående, som kanske måste försaka sina egna behov till följd av den bipolära sjukdomen. Att alltid vara observant på tidiga tecken på nytt sjukdomsskov och kanske försöka locka och övertala personen att ta sina mediciner. Kanske man som anhörig känner rädsla när ens vän blir förändrad och oberäknelig i sitt uppträdande. Enligt Michalak et al. (2005) upplevs de negativa effekterna av den bipolära sjukdomen bland annat leda till svårigheter att genomföra utbildning och att kunna leva i ett förhållande, men somliga upplevde att de fick positiva effekter av sjukdomen som gav dem nya möjligheter. Sjukdomen tvingade dem att ändra sitt sociala nätverk, från att ha haft många vänner med destruktivt beteende till att omge sig med vänner som gav dem stöd och närhet.

Författarna beskrev en känsla av rädsla med att leva med sjukdomen. En rädsla för nya skov och för att skada relationen till sina närmaste genom sitt beteende samt att genetiskt föra sjukdomen vidare. Kvinnorna beskrev rädslan av att inte duga som hustru

och oförmågan att sköta om hushållet. En av kvinnorna som även är mamma förmedlade en föreställning av att vara en otillräcklig och dålig mamma. Mannen i studien skilde sig åt från kvinnorna med tanke på känslan av att inte duga som make och pappa. Han uttrycker inget dåligt samvete när det gäller hans son eller hustru. Vi har funderingar på om det eventuellt beror på att han under sin mest uttalade sjukdomstid levde på 1960-1970 talen, då rollfördelningen i hemmet var annorlunda och modern var den som vanligen bar huvudansvaret för barnen och hemmet.

En av författarna beskriver hur hennes humör växlar hastigt från att vara glad till att bli rasande och kasta saker omkring sig. Nästa morgon vaknar hon upp i en sönderslagen lägenhet och då kommer ångesten, att leva i detta kaos har vi diskuterat mycket över. Vi tror att det är mycket påfrestande att leva i upprepade pendlingar mellan mani och depression där ångesten är oerhört svår att hantera. Upplevelsen av att ha utfört handlingar i ett maniskt tillstånd som påverkar hela tillvaron och som sedan ger en fruktansvärd ångest måste vara en oerhört svår upplevelse. Vända över att till exempel ha varit otrogen eller försatt familjen i en besvärlig ekonomisk situation, tror vi leder till svåra känslor av skuld och skam.

Upplevelsen av att hantera sjukdomslidandet gav sig uttryck på olika sätt för författarna i studien. Kvinnorna hade ett destruktivt beteende med missbruk och självskadebeteende, som till en början upplevdes ångestdämpande och stillade deras tankar. Samtliga författare sökte psykiatrisk vård på eget initiativ när sjukdomslidandet blev övermäktigt. När de kom i kontakt med vården kände de att de vågade slappna av och vara sig själva. Upplevelsen av att sjukvården gav dem den hjälp och stöd som de behövde tror vi berodde på att författarna blev bemötta på professionellt och värdigt sätt. Enligt Ottosson & Ottosson (2007) är det betydelsefullt att vårdpersonalen möter patienter med respekt och medmänsklighet på grund av deras beroendeställning. Mannen i vår studie beskriver att han alltid varit öppen med sin sjukdom hans arbetskamrater och chefer har vetat om den och flera gånger hjälpt honom till sjukhuset. Vi har funderat kring detta om det är lättare för en man att bli accepterad som psykiskt sjuk än en kvinna, eller är det så att kvinnorna har större krav på sig själva att ha en perfekt fasad mot omvärlden? Utifrån resultatet i vår studie har vi fått uppfattningen att kvinnorna har det svårare med att bli accepterade som psykiskt sjuka än vad mannen har. Vi tror att det beror på att samhället ställer större krav på kvinnors beteende och uppförande på grund av att de förväntas att ha huvudansvaret för hem och familj.

Vi har reflekterat över det faktum att många personer med bipolär sjukdom får fel diagnos till en början, att det kan få förödande konsekvenser för personen. Enligt Wellman (2007) är det inte ovanligt att personer med bipolär sjukdom har symptom av sjukdomen i åtta till tio år innan de får rätt diagnos, vilket kan leda till år av lidande och i värsta fall självmord. Ett stort antal individer med bipolär sjukdom får till en början felaktigt diagnosen depression, det är därför viktigt att fråga personen om dennes hela livssituation exempelvis vad som inträffat före depressionen, för att på så sätt få fram bekymmer och problem som hör samman med bipolär sjukdom Rusner et al. (2009). Vi har diskuterat att förutom det lidande fel diagnos innebär för den enskilde individen leder det även till stora kostnader för samhället, sjukdomen kan föra med sig ett destruktivt beteende med missbruk och självmord som följd. Enligt Murphy (2006) leder ofta bipolär sjukdom till missbruk av alkohol och droger som i sin tur leder till att

självmodsriskerna ökar ännu mera. Samhället skulle förmodligen kunna spara avsevärt med såväl personalresurser som pengar om rätt diagnos ställdes tidigare. Vi tror att om resurser och pengar satsades i ett tidigare skede skulle kunna leda till att rätt diagnos ställs och adekvat behandling påbörjas. Vi tror att utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv skulle man vinna mycket på att försöka öka kunskapen om den bipolära sjukdomen och därigenom minska utredningstiderna så att rätt diagnos ställs. Detta skulle leda till att personen sökte vård mer sällan till följd av en upplevelse av bra livskvalité, förbättrad arbetsförmåga, tryggare socialt liv med ett bättre kontaktnät. För att kunna uppnå en god livskvalité är det viktigt att personen med bipolär sjukdom får hjälp och stöd att hitta en struktur i sin vardag samt få individuell information om sjukdomen och på så sätt kunna acceptera och förstå den (Jönsson et al. 2008).

Den medicinska behandlingen har central betydelse i samband med bipolär sjukdom. Författarnas förhållande till sin läkemedelsbehandling är komplicerad. De upplever att medicinerna ger dem ett minskat lidande samtidigt som deras personlighet och kreativitet hämmas. Vi tror att medicinering med stämningsstabiliserande läkemedel innebär ett lidande i sig, dels på grund av de många biverkningarna samt att det krävs anpassning med regelbundna blodprovskontroller för att minska risken för att organ som njurar och sköldkörtel inte ska påverkas. Författarna i studien påvisar att de har blivit behandlade med olika slags läkemedel innan de fått rätt diagnos och rätt medicinsk behandling. Felmedicinering kan göra att manierna och depressionerna förvärras och leder till ytterligare lidande. Konsekvenserna av detta drabbar även familj och närstående som ska försöka ha en samvaro med en människa som lever i ett kaos av känslor. I samband med att läkemedelsbehandlingen introduceras är det mycket viktigt att personen får grundlig information både muntligt och skriftligt om vikten av att ta medicinen på regelbundna tider, vilka effekter och biverkningar man kan förvänta sig samt vilka symptom som uppkommer vid eventuell intoxication. Vid behandling med Litium är det även viktigt att informera om den snäva terapeutiska bredden läkemedlet har och att avbrott i behandlingen inte får ske, även om personen känner sig frisk och symptomfri (Murphy, 2006).

Vi har reflekterat över att författarnas upplevelser har stor påverkan på deras dagliga liv. Sjukdomen upptar en ansenlig plats i livet även under de symptomfria perioderna, då rädslan för nya sjukdomsskov plågar dem. När vi som sjuksköterskor möter dessa personer anser vi att en ökad kunskapsnivå ger en bättre förståelse och gör det möjligt att inta ett holistiskt perspektiv. Enligt (Rusner et al. 2009) är det viktigt att vårdpersonal har ett holistiskt perspektiv för att kunna erbjuda adekvat bemötande.

## **Slutsats**

Vår studie om upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom har givit oss insikt om hur komplicerat ett liv med bipolär sjukdom kan vara. Sjukdomen innebär ofta mycket lidande för den drabbade och deras närstående. Hela deras tillvaro påverkas av sjukdomens olika dimensioner. Den drabbade har ofta en upplevelse av utanförskap och en känsla av att inte passa in i samhället. Vi anser att som yrkesverksamma

sjuksköterskor är det viktigt att vi har kunskap om hur det kan vara att leva med bipolär sjukdom för att öka förståelsen för den drabbade och deras närstående.

Vi har reflekterat över kvinnornas destruktiva sätt att hantera sitt lidande. Med tanke på att vi endast haft en manlig författare i vår studie har vi inte haft möjlighet att göra en rättmätig jämförelse utifrån ett genusperspektiv. Har kvinnor ett mer destruktivt beteende, som till exempel missbruk, självskadebeteende, självsvalt och impulsiva handlingar än män med bipolär sjukdom? Vi anser att detta vore en intressant forskningsfråga för vidare studier.

I samband med genomförandet av studien har tankar väckts om vilken roll de anhöriga har och vilka påfrestningar de utsätts för. Vår uppfattning är att det innebär många svårigheter att vara anhörig till personer med bipolär sjukdom. En forskningsfråga för vidare studier skulle därför kunna vara: Hur är upplevelsen av att leva med en person som har diagnosen bipolär sjukdom?

## REFERENSER

- Browne, J., & Russel, S. J. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 187- 193.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri* Stockholm: Natur och kultur
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur: Lund
- Dahlberg, K. Segersten, K. Nyström, M. Suserud. B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att Förstå vårdvetenskap*. (Upplaga 1:8) Studentlitteratur
- Dahlborg Lyckhage, E., (2006). Att analysera berättelser (narrativer). Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats* Studentlitteratur.
- Heberlein, A. (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. (Första upplagan). Stockholm: Svante Meyler bokförlag
- Hornbacher, M. (2009). *Vansinnet mitt bipolära liv*. Falun: Scandbook AB
- Hägström, L. (2007). *Bipoläroboken Nya rön och behandlingsstrategier för klinikern*. Sollentuna: Jansen-Cilag AB
- Jönsson, P. Dahlqvist, P. Wijk, H. Skärsäter, I., & Danielsson, E. (2008). Persons living with bipolar disorder their view of the illness and the future. *Issues in mental health nursing*, 29: 1217-1236.
- Lagercrantz, A. (2010). *Mitt galna liv*. Finland: WS Bookwell
- Michalak, E., Yatham, N., Kolesar, S., & Lam, R. (2005) Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research* (2006)15:25-37.
- Moksnes, M, K & Iler Opjordsmoen, S. (2010). Electroconvulsive therapy- efficacy and side- effects. *Tidskrift för den norske legeförening*. 24, 2460-2464.
- Murphy, K. (2006). Managing the ups and downs of bipolar disorder. *Nursing*, 36(10), 58-63.
- Ottosson, H & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. (Första upplagan). Stockholm: Liber.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2009). Extra dimensions in all aspects of life- the meaning of life with bipolar disorder. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 1-11.

Segesten, K., (2006). Användbara texter. Ingår i F. Friberg (red.),  
*Dags för uppsats* Studentlitteratur.

Wellman, N. (2007). Bipolar disorder. *Ental health*, 17 (5), 31-34.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Falun: Scandbook AB.