

Jag är sjuk, men hela jag är inte sjuk

Psykosens påverkan på självbilden

FÖRFATTARE	Anna Maria Litzén Mathias Nordahl
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ann-Sofie Magnusson
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Ann-Sofie Magnusson för hennes stora stöd och engagemang i denna uppsats. Vi har haft ett mycket gott samarbete genom hela processen, och många intressanta diskussioner. Hon har hela tiden varit väldigt kontaktbar och visat ett stort intresse för både den akademiska kvaliteten såväl som innehållet på uppsatsen. Tack vare henne har vi vågat befinna oss i det ständiga kaoset som analysarbetet innebär.

Titel (svensk):	Jag är sjuk, men hela jag är inte sjuk – Psykosens påverkan på självbilden
Titel (engelsk):	I'm ill, but not all of me is ill – The impact of psychosis on self-concept
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Anna Maria Litzén Mathias Nordahl
Handledare:	Ann-Sofie Magnusson
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

De senaste decennierna har stora samhällsförändringar skett för att förbättra situationen för människor med psykisk ohälsa. Trots detta riskerar personer med psykisk ohälsa genom fördomar både av andra och sig själv att hamna i ett socialt utanförskap. Psykos är ett samlingsnamn för symtom där verkligheten förändras genom exempelvis hallucinationer eller vanföreställningar. Cirka 70 000 personer i Sverige har någon gång vårdats i psykiatrisk slutenvård för psykossymtom. Personer med psykos upplever att de kan känna en förändring av jaget och förlora kontrollen över vem de är. Då tvångsvård är tillåtet inom psykiatrin är patienter med psykisk ohälsa mer sårbara, därför är det viktigt att sjuksköterskan bygger upp ett förtroende med patienten. Syftet var att beskriva hur självbilden kan påverkas av psykos. Metoden som använts var hermeneutisk narrativ analys av självbiografier. De tre teman som framkom i resultatet var *när psykosen sparkar in dörren till mig och tar över*, *psykosen tar det som var jag och mitt värde ifrån mig*, och *psykosen har ändrat min värld och jag måste lära mig att leva med det*. Under varje tema finns subteman som mer konkret beskriver de upplevelser som personerna har haft. Stigmat är bland det mest jag-hotande som kan följa efter erfarenheterna av en psykos. Slutsatsen är att personer med psykos upplever en förändring av självbilden. Det är viktigt för sjuksköterskan att kunna möta patienten där den befinner sig. Det är värdefullt för omvårdnadsarbetet att få insyn i hur personen med psykos upplever sin sjukdom för att öka förståelsen för hur det är att leva med en förändrad självbild. Oavsett vilka symtom och diagnoser en person har kan detta aldrig definiera vem eller vad han/hon är. Ur ett icke-professionellt perspektiv är det också viktigt att vara medveten om hur självbilden påverkas av psykos då dessa personer kan mötas överallt.

Nyckelord: *psykos, självbild, förändring, upplevelse, självbiografier*

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Samhällsutveckling.....	1
Stigmatisering.....	2
Självbilden.....	3
Psykosbegreppet.....	4
Att leva med psykos.....	5
Sjuksköterskan.....	6
Forskningsläget.....	8
Problemformulering.....	8
SYFTE	8
METOD	8
NARRATIV ANALYS.....	8
URVAL.....	9
LITTERATURSÖKNING.....	9
DATAANALYS.....	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	11
RESULTAT	11
NÄR PSYKOSEN SPARKAR IN DÖRREN TILL MIG OCH TAR ÖVER.....	12
Att vara märkt.....	12
Att vara sin sjukdom.....	13
Att förlora sitt friska jag.....	13
PSYKOSEN TAR DET SOM VAR JAG OCH MITT VÄRDE IFRÅN MIG.....	14
Ett förändrat jag.....	14
Att vara olik sig själv.....	14
Att vilja vara betydelsefull.....	15
Att förlora sitt hopp.....	15
PSYKOSEN HAR ÄNDRAT MIN VÄRLD OCH JAG MÅSTE LÄRA MIG ATT LEVA MED DET.....	16
Att tvivla på sin existens.....	16
Att förlora sin verklighetsförankring.....	16
Att leva vidare med sig själv under ändrade förutsättningar.....	17
Att leva med hot om återfall.....	17
Att ta tillbaka makten över sig själv.....	17
Sjukdomen är bara en del av mig själv.....	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION.....	19
RESULTATDISKUSSION.....	21
När psykosen sparkar in dörren till mig och tar över.....	21
Psykosen tar det som var jag och mitt värde ifrån mig.....	22
Psykosen har ändrat min värld och jag måste lära mig att leva med det.....	23
Slutsats och praktiska implikationer.....	24
REFERENSER	25
BILAGOR	

INTRODUKTION

INLEDNING

“...jag vill öka förståelsen för en synbart gåtfull sjukdom. Jag vill visa att det är möjligt att gå ut ur mörkret och in i verklighet. Det är min stora förhoppning att nyinsjuknade unga människor ska slippa mina omöjliga år och istället få en möjlig chans att återfå sin rättmätiga plats bland människorna”.

(ur förordet till Tokfursten, Elgard Jonsson, 2009, s. 11)

Psykisk ohälsa är en aktuell fråga vilket bland annat visas i nyhetsrapporteringar. Stora förändringar har skett inom psykiatrin de senaste decennierna. Tidigare låstes människor med psykisk ohälsa in på institutioner, långt bort från sina närstående, men idag lever de flesta vanliga liv mitt i samhället. Människor med psykisk ohälsa upplevs dock fortfarande ofta främmande för det övriga samhället och riskerar därför att hamna utanför samhällets gemenskap. Alla människor har egenheter och för personer med psykos tenderar dessa egenheter att bli klassade som symtom både av dem själva och av andra (McCay et al., 2007).

Vi har valt att skriva om detta ämne då båda författarna har ett starkt intresse för psykiatrin och då även för just psykos. Personer med psykisk ohälsa möts i alla delar av vården och därför tycker vi att det i vår yrkesroll som sjuksköterska är viktigt att kunna sätta sig in i och försöka förstå patientens känslor och livsvärld. Som Elgard Jonsson (ovan citat) uttrycker det är psykos en gåtfull sjukdom som är svår att förstå som utomstående.

BAKGRUND

För att få en förståelse för hur människan bakom symtomen är behöver de olika komponenterna som kan påverka förklaras och problematiseras. Därför har delarna samhällsutveckling, stigmatisering, självbilden, psykosbegreppet, hur det kan vara att leva med psykos och hur sjuksköterskan arbetar valts för att ge en överblick av området. Bakgrunden börjar med en bred ingång för att sedan smalnas av till problemformulering och syfte.

Samhällsutveckling

Psykisk ohälsa blir allt vanligare i dagens samhälle och allt fler personer söker vård (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). I Sverige återspeglar sig den psykiska ohälsan i uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten från Socialstyrelsen (2012) där 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen redovisar att de upplever nedsatt psykisk hälsa. Även resultat från andra studier indikerar en skillnad mellan unga män och kvinnor där 20 procent av kvinnor i åldern 19-29 år uppger en hög grad av psykisk ohälsa jämfört med männen i samma åldersgrupp där 16 procent uppger psykisk ohälsa (Skärsäter, 2014).

Psykiatrin har länge varit kritiserad och det började redan på 1800-talet. I Sverige fanns det ett 30-tal mentalsjukhus och expansionen av vårdplatser fortsatte ända in på 1960-talet. Samtidigt som expansionen utav vårdplatser pågick kritiserades den vård som fanns och en debatt

startade för att förändra psykiatrin. Det förekom kritik mot slutenvården i hela västvärlden. Även om processen mot avvecklandet av den psykiatriska slutenvården påverkades av den senare kritiken på 1950-talet är det inte bevisat att det endast var den kritiken som startade förändringen då kritiken börjat mycket tidigare, redan under 1800-talet (Magnusson, 2010).

På 1960- och 1970-talen handlade kritiken om att de psykiska symtomen kunde förvärras och återanpassningen till samhället kunde försvåras av den psykiatriska vården (Magnusson, 2010). Utflyttningen från de stora mentalsjukhusen kallas avinstitutionaliseringen och skedde under början av 1970-talet (Magnusson, 2010; Markström, 2005). En bidragande faktor till att patienter kunde börja flytta ut från mentalsjukhusen var dels kritiken mot psykiatrin men också utvecklingen av antipsykotiska mediciner. Antipsykotiska mediciner kunde dämpa vissa besvärliga symtom som ansågs vara hinder för att kunna återfå patienten in i samhället. Det började även arbetas fram olika psykoterapeutiska modeller som hjälpte till att driva på utvecklingen. Det gjordes flera framgångsrika försök med mindre stödinsatser och behandlingsenheter i samhället som skapade bättre förutsättningar för att rusta ner de dåvarande mentalsjukhusen (Markström, 2005). Det finns fortfarande de med psykiska funktionshinder som behöver bo på mindre institutioner eftersom de har svårt att klara av ett eget boende. Med avinstitutionaliseringen skulle inte patienterna längre psykiskt och fysiskt vårdas avskilda från sina närstående och övriga samhället, utan de skall bli delaktiga i samhället med boende och daglig sysselsättning (Magnusson, 2010).

Mellan 1990-1992 arbetade en psykiatriutredning för att undersöka hur situationen såg ut för personer med psykisk ohälsa med syfte att finna åtgärder för att förbättra livssituationen och öka möjligheterna till delaktighet och gemenskap i samhället (Magnusson, 2010; Markström, 2005). Denna utredning ledde fram till psykiatrireformen och genom den tydliggjordes ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och psykiatri samt kommunernas ansvar att skaffa boende, sysselsättning och stöd till personer med psykisk ohälsa. Detta har lett till att vården idag inte längre är centraliserad till de stora sjukhusen. Det finns idag specialistpsykiatri inom både öppen- och slutenvård runt om i landet. Det är bara den specialiserade psykiatriska vården som ska ha hela ansvaret för personer med psykisk ohälsa, men många får idag hjälp via sin vårdcentral medan de som har behov av specialistkompetens får vård i psykiatrin. Idag har vårdtiderna på psykiatrisk heldygnsvård kortats. Socialtjänsten ansvarar idag för att ge stöd, boende och daglig sysselsättning för personer med långvariga och omfattande psykiska funktionshinder (Magnusson, 2010).

Stigmatisering

Stigma är en term som användes i det antika Grekland för att förklara kroppsliga tecken för att belysa något nedsättande eller ovanligt i en persons moraliska status. Idag handlar begreppet stigma om social utstötning och ses som ett fenomen av flera forskare och författare som hör samman med värderingar av sociala roller i samhället. Det finns mycket forskning kring allmänhetens attityd gentemot personer med psykisk ohälsa som sträcker sig från 1960-talet tills idag. Denna forskning visar att den attityd och uppfattning som allmänheten har idag inte har förändrats något nämnvärt mot attityden som var på 1960-talet (Björkman & Lundberg,

2005). Enligt Brain (2014) trycker flera studier på behovet av att beskriva patientens egen upplevelse av stigma och dess konsekvenser. Det fysiska avståndet har minskat men det har blivit mer tydligt att det fortfarande finns kvar ett socialt avstånd. Fortfarande ses personer med psykisk ohälsa som skrämmande och oönskade i samhället (Magnusson, 2010).

I en studie av Anderson, Fuhrer & Malla (2013) fanns det deltagare som pratade om skammen och den stigmatisering som finns kring psykisk ohälsa och hur det blev som en barriär i hjälpsökandet. Exempel på barriärer i hjälpsökandet kan vara rädsla för att inte bli förstådd eller att förlora kontrollen över sin situation. De meningar som användes av deltagarna för att beskriva sin psykos indikerar att många av dem har internaliserat samhällets stigma mot personer med psykisk ohälsa vilket gör det svårare att våga söka vård. Ofta beskrivs stigmatisering som en nedvärderande egenskap, men en egenskap som kan vara stigmatiserande i ett sammanhang kan i ett annat sammanhang vara bejakande (Magnusson, 2010).

Självbilden

Alla känslor och tankar som en person har om sig själv utgör dennes självbild. I relation till andra används medmänniskor som en spegel i vilken personen ser sig själv. Andra människors reaktioner på en själv är avgörande för hur en ser på sig själv (Karlsson, 2007).

För att förstå vem en person är, räcker det inte att presentera olika egenskaper. Det är knappt några av de egenskaper som räknas upp som kan särskilja en själv från andra. Dessa typer av uppgifter adderar snarare information om *vad* jag är istället för *vem* jag är. På samma sätt fungerar det i vården, det spelar ingen roll hur många referenser det finns till olika symptom och diagnoser, det kan aldrig beskriva vem jag är som person (Kristensson Ugglå, 2014).

Medvetandet om jaget, eller självmedvetandet, är i sitt normaltillstånd självklart och ofreflekterat. Jaget består av fem komponenter som sätter ramarna för vad som är normalt: vitalitet, demarkation, aktivitet, kontinuitet, och integritet. Vitalitet handlar om att individen upplever sig som levande. Demarkation betyder att individen upplever att det finns en tydlig gräns mellan omvärlden och sig själv. Aktivitet innebär att individen själv kan bestämma över sina tankar och sina handlingar. Kontinuitet innebär att individen har samma grundjag i olika livsfaser. Integritet innebär att individen bara har ett jag (Ottosson, 2009). Vid en psykossjukdom, exempelvis schizofreni, kan en jagstörning uppstå och visa sig som att de tydliga gränserna mellan omgivningen och sig själv suddas ut (Mattsson, 2014; Ottosson, 2009).

Power (2007) beskriver hur jaget kan ses som en orkester, spelar inte medlemmarna i orkestern i harmoni med varandra kan självbilden splittras. Hos patienter med psykos är detta viktigt då självbilden kan bli mer komplex. Detta beskriver även Makdissi et al. (2013) genom att sex olika uppdelningar av jaget måste hänga samman i en jämn balans för att hantera psykossjukdomen. De sex olika jagen är arbetarjaget som handlar om vikten av att ha en

sysselsättning som är meningsfull som ett sätt att hålla balansen i livet. Det oförstådda jaget som innebär att personen känner sig missförstådd av andra människor som inte förstår sjukdomen. Det stigmatiserade jaget som handlar om känslan av att bli behandlad annorlunda på grund av sin mentala hälsa. Det sociala jaget handlar om olika relationer och hur vissa relationer är mer hjälpfulla än andra. Det isolerade jaget kan ses som en motsats till det sociala jaget då ensamhet kan skapa mer oro och öka upplevelsen av psykos och till sist det interagerande jaget innebär att acceptera sig själv och själv ta ansvar för sitt tillfrisknande, vilket också inkluderar att veta sina triggers, det vill säga sådant som kan verka utlösande för en psykos.

I en studie av Koivisto, Janhonen och Vaisanen (2003) uttrycker patienterna att deras psykossjukdom fick dem att känna av en förändring av jaget och att de förlorade kontrollen över vem de var. De uttryckte att känslan om jag-förändring kändes som en pånyttfödelse, att bli nedtryckt och en oförmåga att kunna vara sig själva. Deras upplevelse av att tappa kontrollen över sig själv beskrevs som att orsaka fara för andra eller sig själv, att bli kontrollerad utifrån, att bli dödad, att vara vilse och att inte kunna kontrollera sin egen kropp.

Psykosbegreppet

Psykos är ett samlingsnamn för psykiska störningar där verkligheten blir förändrad på grund av exempelvis hallucinationer och vanföreställningar (Nationalencyklopedin, u.å.).

Psykoser delas in i två huvudtyper; organiska psykoser och funktionella psykoser. En organisk psykos kan orsakas av somatiska sjukdomar och av förgiftningar, medan en funktionell psykos främst orsakas av psykisk sjukdom (Mattsson, 2014). Det finns motsättande åsikter på vad som orsakar funktionella psykoser, exempelvis schizofreni, såsom att det beror på antingen biologiska, psykologiska, sociala, eller en samverkan mellan dessa orsaker (Koivisto et al., 2003).

Symtomen för psykos delas in i positiva och i negativa. Positiva symtom innebär att beteenden, tankar eller känslor tillkommer eller förstärks och är ofta det som tydligast märks av omgivningen. Exempel på positiva symtom är hallucinationer, vanföreställningar och tankestörningar. Negativa symtom innebär brister i och förluster av emotionella uttryck, och kan ofta delas in i passiv eller apatisk tillbakadragenhet, avtrubbade affekter och torftiga känslomässiga relationer (Mattsson, 2014).

Den psykotiska symtombilden innefattar ett brett spektrum med uttryck som vanligtvis sammanknippas med schizofreni, schizoaffektivt syndrom, bipolär sjukdom och vanföreställningssyndrom (Koivisto et al., 2003). Det finns inga specifika mätmetoder för att kunna diagnostisera psykos, utan diagnostiseringen är fenomenologisk, vilket innebär för läkaren att vara uppmärksam för vilka begrepp som används, exempelvis känsla av att vara förföljd. Av alla som för första gången insjuknar i psykos får mellan en tredjedel till hälften en schizofrenidiagnos, vilket gör schizofreni till den vanligast diagnostiserade psykossjukdomen (Mattsson, 2014).

De två diagnosystemen som oftast används idag är DSM-V och ICD-10. Majoriteten av svenska vårdgivare använder DSM-V. ICD-10 innehåller flera olika undergrupper av psykoser och psykossjukdomar, något som även ingick i föregångaren till DSM-V men som nu är borttaget. Även när det gäller hur länge symtomen funnits för att läkaren ska kunna diagnosticera schizofreni skiljer sig, då DSM-V har ett krav på symtom under sex månader, medan ICD-10 enbart har krav på en månad (Lindström & Brain, 2014). DSM är ett bra och reliabelt instrument men språket behövs för att kunna beskriva erfarenheter och det bästa uttrycket som kan fås är att prata med patienten (Mould, Oades, & Crowe, 2010).

Risken för schizofreni är runt en procent av befolkningen, något högre för män än för kvinnor, och prevalensen ligger mellan 0,2-0,5 procent (Ottosson, 2009). Tre fjärdedelar av de som utvecklar en schizofreni är mellan 15 och 34 år gamla (Moller, 2013). Det finns i Sverige ungefär 35 000 personer med schizofrenidiagnos som någon gång vårdats inom psykiatrisk slutenvård och ungefär lika många med andra psykosdiagnoser. Personer med psykossjukdomar står för en stor del av vårdkonsumtionen, under ett år beräknas personer med psykos uppta cirka 35 procent av öppenvårdsbesöken och cirka 45 procent av alla slutenvårdsdygn inom psykiatrisk vård (Mattsson, 2014).

Att leva med psykos

Det har hänt mycket i psykosvården, och patienter har nu större chans att få ett bättre utfall av behandlingarna. Individerna kan vänta sig större förbättringar i livskvaliteten än vad som var realitet för några år sedan, men försvåras om personen har låg självkänsla efter återhämtning av psykosepisod (Gureje, Harvey, & Herrman, 2004). Gureje et al. (2004) pekar på att ju lägre upplevd självkänsla en person har efter en psykosepisod, desto sämre livskvalitet upplever personen. Ett av det mest jag-hotande är stigmat som kan följa erfarenheten av en psykossjukdom.

Gumley et al. (2006) menar att risken för återfall i psykosepisoder är relaterat till utvecklandet av negativa känslor av att vara fångad av sin sjukdom och känslor av skuld. Återfall är den medicinska termen för att beskriva återkomsten av sjukdomsepisoder eller förvärrandet av symtom. Återfall i psykosepisod innebär återkomst av eller förvärrade positiva symtom som ofta är kopplade till ökad känslomässig smärta och försämrade sociala, yrkesmässiga och interpersonella funktioner.

Post-psykotisk depression (PPD) är relativt vanligt förekommande. Personer med PPD har större risk för att ge sig själv skulden för sin psykossjukdom än de som inte har PPD. De uppfattar dessutom större förlust av autonomi, roll, och upplever sig själva mer fångade och förödmjukade av sin sjukdom. Detta riskerar att göra att de drar sig undan sina närstående, underkastar sig inför sin sjukdom som ses som övermäktig och känslan av hjälplöshet. Personer med en mer katastrofinriktad övertygelse om sina känslor och återfall har visat sig

söka hjälp senare i förloppet på grund av isolering och förvärrar på så sätt symtomen, vilket gör att de skyndar på återfallsförloppet (Gumley et al., 2006).

Personer som upplever livskriser såsom psykisk ohälsa nämner ofta en känsla av förlust av jaget. Dessa uttrycker ett behov av interpersonell kontakt med någon som verkligen försöker förstå deras situation och deras uppfattning av hälsa och ohälsa. Som psykiatrins processer och behandlingar fungerar riskerar dessa att öka känslan av försvagning av autonomi och därmed ge patienten en lägre självkänsla (Koivisto et al., 2003).

Det är viktigt att ha god kunskap om såväl störningarna i sig som deras bakomliggande orsaker, men ur ett sjuksköterskeperspektiv är det viktigt att göra sig medveten om hur patientens lidande yttrar sig, vad det beror på, och hur de själva hanterar sina känslor och upplevelser för att behålla sin självbild. Det finns en tendens inom psykiatrin att patientens egen berättelse inte blir lyssnad till och att vårdpersonalen bara använder sig av standardiserade metoder och modeller. Vården borde baseras på patienternas upplevelser av att leva med psykossjukdom, vara patientcentrerad och patientstärkande (Koivisto et al., 2003). Även Stenhouse (2011) tar upp att patienter inte känner sig lyssnade på. Stenhouse (2011) beskriver också hur patienter upplever sjuksköterskorna som för upptagna för att kunna ta sig tiden att prata med dem.

Sjuksköterskan

Sjuksköterskan arbetar inom många olika verksamhetsområden och vårdformer där arbetsuppgifterna varierar. De olika yrkesområdena sjuksköterskan arbetar inom innefattar barn, ungdomar, vuxna och äldre. Sjuksköterskan påverkar som arbetsledare hälso- och sjukvårdens förbrukning av resurser (Socialstyrelsen, 2005).

Huvudsakliga arbetsområden för sjuksköterskan är (Socialstyrelsen, 2005):

- Omvårdnadens teori och praktik
- Forskning, utveckling och utbildning
- Ledarskap

Varje arbetsområde innehåller delkompetenser. I området omvårdnadens teori och praktik ska sjuksköterskan till exempel ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten samt kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Genom att också kunna uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande, och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. Att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt, och där till även uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov är en annan delkompetens som sjuksköterskan ska ha kunskap om (Socialstyrelsen, 2005). I 1 § 1 kapitlet i Patientlagen (SFS 2014:821, 2014) tydliggörs att hälso- och sjukvården ska stärka och tydliggöra patientens ställning och främja dennes integritet, självbestämmande och delaktighet,

och i enlighet med 1 § 3 kapitlet Patientlagen (SFS 2014:821, 2014) har patienten rätt till information och delaktighet i sin vård. Patienten är alltid expert på sig själv och kan ta ansvar för sin egen vård om han/hon får rätt kunskap och ett förtroende för att vården finns när han/hon behöver den (Fransson Sellgren, 2014).

Som delkompetens inom ledarskap ska sjuksköterskan bland annat ha förmåga att verka för att bedriva patientfokuserad omvårdnad på ett kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt (Socialstyrelsen, 2005). Att arbeta patientfokuserat är ett nytt sätt att tänka som innebär att vårdpersonal arbetar tillsammans med patienten. Sjuksköterskan måste, för att kunna arbeta patientfokuserat, fundera över sin egen värdegrund och etik (Fransson Sellgren, 2014).

Inom omvårdnad ska kunskap finnas om vad vårdaren bäst kan göra för att ta hand om en människas sårbarhet med ett sikte på framtiden. Människans värdighet kan också värnas och respekteras genom att se till och respektera människors sårbarhet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Det händer ofta att patienten automatiskt hamnar i underläge, och ofta i ett trefaldigt underläge. Till att börja med handlar det om ett institutionellt underläge där patienten hamnar långt ner i vårdorganisation, i vilken det finns en tydlig hierarki. Existentiellt underläge hamnar patienten relaterat till den utsatthet som sammankopplas med sviktande hälsa. Patienten hamnar också i ett kognitivt underläge, det vill säga ett kunskapsunderläge. Mängden teknik, apparatur, och komplicerade undersökningsmetoder som finns idag har möjliggjort en medicinsk verklighet vad gäller patientens hälsotillstånd som kan skilja sig nämnvärt från den livsvärld patienten haft tidigare (Kristensson Ugglå, 2014).

Att skapa ett förtroende är en viktig byggsten i sjuksköterskans arbete men det kan vara särskilt svårt inom psykiatrin eftersom tvångsvård är tillåtet, och patienter är extra utsatta relaterat till sin psykiska ohälsa. Inom psykiatrin har det visat sig att misstroende är mer vanligt förekommande än förtroende mellan psykotiska patienter och sjuksköterskor. Misstro är ofta en naturlig konsekvens som kan hänga samman med att vara psykotisk (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008).

Sjuksköterskan måste försöka hålla tillbaka sin egen uppfattning och lyssna till patientens berättelse. Sjuksköterskan arbetar för en personcentrerad omvårdnad vars centrala begrepp är berättelsen och partnerskapet (Kristensson Ugglå, 2014). När patientens berättelse nått fram bör den professionella kunskapen som sjuksköterskan har lyftas fram för att planera en individanpassad vård. Genom att hålla tillbaka sitt eget omdöme blir det lättare att förstå en annan människas vardag (Nyström, 2014). Även International Council of Nurses (2012) tar upp att sjuksköterskan ska uppvisa professionella värden och bemöta patienter med respekt, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet. För sjuksköterskans arbete är generella kunskaper väl så viktiga, men för att kunna ge god omvårdnad krävs att sjuksköterskan försöker förstå den enskilde patienten. För att kunna det krävs att sjuksköterskan har intresse, engagemang och en förståelse för olika etiska normer (Segesten, 2011).

Forskningsläget

För att ta reda på hur mycket forskning som finns tillgängligt har sökningar gjorts i databaserna CINAHL och Scopus. Ämnet psykos är väl utforskat, särskilt inom det medicinska området, men patienters upplevelse av psykos är bara delvis utforskat. De flesta artiklar som hittats är centrerade kring diagnosen schizofreni som är en psykosjukdom, då ingen tydlig avgränsning mot psykosymtom eller andra psykosjukdomar görs (McCay et al., 2007). Forskningen kring upplevelsen av psykos är främst inriktad på bemötande, attityder och förhållning till behandling och inte på hur personen ser på sig själv (Hem et al., 2008; Kohn et al., 2004; Koivisto et al., 2003; Makdisi et al., 2013; Stenhouse, 2011). Den forskning som finns om synen på sig själv är begränsad och de artiklarna har till majoritet ett psykologiskt perspektiv (Gumley et al., 2006; Mould et al., 2010; Power, 2007). Få skandinaviska artiklar hittades oavsett inriktning. Mer forskning med ett vårdvetenskapligt perspektiv och patientperspektiv behövs. Det finns forskning ur patientperspektiv men då handlar det till exempel om upplevelser av att vårdas på en akutavdelning eller liknande snarare än upplevelsen av att leva med psykos. I dessa blir självbilden snarare ett bifynd än en fokusfråga.

Problemformulering

Personer med psykisk ohälsa tenderar att bli sin sjukdom, både i sina egna och i andras ögon. Vårdsökandet kan kompliceras då fysiska symtom kan komma att tolkas som psykosomatiska sådana. Ett problem kan uppstå om sjuksköterskan inte har kunskaper i hur personer med psykosjukdom upplever hur det är att leva med en verklighet som inte alltid stämmer överens med den allmänt accepterade. Därför är det av stort intresse för sjuksköterskan att tillägna sig kunskaper om hur människan bakom symtomen är, eftersom människan annars riskerar att försvinna bakom sina symtom. Hur personer som har eller har haft psykotiska symtom upplever förändringar i jaget och hur detta påverkar deras liv, med fokus på självbild, social förmåga och framtidstro är därför relevant att undersökas.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur självbilden kan påverkas av psykos.

METOD

Forskningsproblemen inom vårdvetenskapen handlar ofta om människors upplevelser och är ofta komplexa (Dahlborg Lyckhage, 2006). Genom att studera en människas berättelse kan en bild av människans livsvärld fås och forskaren kan därmed få en djupare förståelse för innebörden i de meningar som skapas (Dahlborg Lyckhage, 2006; Skott, 2004).

NARRATIV ANALYS

För att studera hur självbilden kan påverkas vid psykos har narrativ analys använts då det ger en subjektiv bild av personens egna erfarenheter, så kallade narrativer. I vården har berättelser en central roll för att få en ökad kunskap då det handlar om människor som har eller har haft

erfarenhet av psykisk ohälsa, vård eller lidande. Berättelsen är att betrakta som en form av kunskap och har traditionellt varit ett självklart sätt att lära sig om själva vårdandet, både för patienter och sjukvårdspersonal (Öhlén, 2004).

URVAL

De inklusionskriterier som bestämdes var att det material som användes skulle vara självbiografier eftersom det var personens egen subjektiva upplevelse som eftersträvades. Andra inklusionskriterier var att de skulle vara skrivna på eller översatta till svenska, utspelas i Skandinavien där kulturen är relativt liknande för att berättelsen ska kunna vara applicerbar på hur det är att leva med psykos i Sverige. Exklusionskriterier var böcker skrivna helt eller till största del skriven av en annan person, eftersom det är den egna upplevelsen som eftersöks. Psykoser orsakade av exempelvis droger eller organiska psykoser valdes också bort, då det är själva psykosupplevelsen som eftersöks för syftet. Vid missbruk eller skador ansågs psykoserna kunna vara sekundär i berättandet. Inga exklusioner kopplade till tid gjordes då den subjektiva upplevelsen alltid är att betrakta som aktuell.

LITTERATURSÖKNING

Litteratursökningen genomfördes i två delar, fem sökningar i Göteborgs Universitetsbibliotekskatalog, GUNDA, och två sökningar i det nationella bibliotekssystemet, LIBRIS (se Bilaga 1). Samtliga av sökningarna i både GUNDA och LIBRIS kombinerades med sökordet Lz, som är bibliotekskoden för självbiografier. Därefter gjordes tre ytterligare urvalsförfaranden (se Bilaga 2).

De sökord som användes i litteratursökningen valdes då de representerar olika psykosjukdomar. För att inte missa olika stavningar och böjningar trunkerades vissa sökord som har flera möjliga ändelser. Både GUNDA och LIBRIS tillåter trunkerade sökningar. Att trunkera innebär att den som söker ersätter slutet på den tänkta sökningen med ett för databasen korrekt tecken, i GUNDA och LIBRIS är detta en asterisk. Sökningar gjorda med den trunkerade termen ”Schizo*” kan alltså generera exempelvis ”Schizofreni”, ”Schizoaffektivt syndrom”, ”Schizofren”, etc. På så vis minskas risken att begränsa sökningen för mycket och således missa eventuellt relevant material. Detta bör dock användas med försiktighet, då det ibland kan bli för breda sökningar om den tänkta termen används på flera sätt, exempelvis ”Psyko*” som kan generera exempelvis träffar för ”Psykos”, ”Psykopat”, ”Psykologi”, ”Psykoanalys”, etc.

På de 18 självbiografier som valdes ut gjordes sökningar via Google.se för att ta reda på mer om bokens innehåll. Därefter skrevs en kort sammanfattning till varje titel. Efter granskande av det samlade materialet bedömdes titlarnas relevans och tänkta värde för syftet. Tre urval gjordes, i den första valdes nio titlar bort direkt på grund av de inte uppfattades som nog relevanta för syftet, att det inte fanns tillgänglig information om boken, eller så föll de på de valda exklusionskriterierna. En av böckerna var skriven av en författare som var akut psykotisk under tiden boken skrevs, och därför valdes den bort då det inte upplevdes etiskt försvarbart att ta med den. I den andra gallringen valdes fyra titlar bort. En valdes bort på grund av att samma

författare skrivit två av träffarna, där den ena bedömdes mer relevant utifrån syftet, de andra föll bort på grund av att de vid en närmare granskning inte tillräckligt uppfyllde inklusionskriterierna. Det sista urvalet skedde då böckerna införskaffades, där en titel föll bort från analysarbetet då den bedömdes vara skrivet på ett för analysen för svårbedömt språk.

DATAANALYS

För att få fram hur självbilden påverkas ur texterna valdes en induktiv ansats. Detta innebär att förförståelse och färdiga tänkta modeller på vad som förväntas hittas kan undvikas i största möjliga mån (Elo & Kyngäs, 2008). Subjektiva upplevelser är alltid individuella och unika och kan inte upplevas av andra, men de kan förmedlas. För att kunna förmedla en upplevelse kan tolkning användas, där berättelsen tolkas för att sättas i sammanhang för att möjliggöra för andra att kunna förstå den (Persson & Sundin, 2012; Thurén, 2007).

Totalt användes fyra självbiografier till analysen, den bok med minst antal sidor hade 61 sidor och den boken med flest hade 243 sidor (se bilaga 2). Sammanlagt lästes 612 sidor, varav 550 sidor var användbara för analys. Sidor som valdes bort var exempelvis innehållsförteckningar, förord, kommentarer av anhöriga eller vårdare, faktasidor om psykos eller referenslistor. På 127 sidor hittades citat som valdes ut för vidare granskning, och 83 sidor innehöll citat som sedan togs med i analysen. På samma sida kunde flera citat som togs med i analysen finnas. I den slutliga analysen medtogs totalt 101 citat som bearbetats och analyserats. Antalet självbiografier bedöms vara tillräckligt då en saturation upplevdes. Analysarbetet med texterna delades upp i tre skeden:

I det första skedet lästes samtliga av de fyra valda böckerna igenom innan analysarbetet påbörjades. Detta gjordes för att bli ordentligt insatta i texterna och få en helhetssyn. Meningsbärande enheter togs ut i form av citat ur texterna av båda författarna var för sig. Då en induktiv ansats var vald var det viktigt att ha en öppenhet för berättelserna (Fridlund, 2012). Därför påbörjades ingen bearbetning av texterna förrän allt material var läst.

I det andra skedet jämfördes de valda meningsbärande enheterna och samtliga har använts i analysen. Gemensamt valdes de citat ut som ansågs ha med självbilden att göra. Genom att reflektera tillsammans kunde förförståelsen kontrolleras då öppenheten inte kan vara total (Dahlborg Lyckhage, 2006). Frågor formulerades till texten för att få en ökad förståelse till vad den egentligen betyder, exempelvis ”vad är innebörden i texten?” och ”vilken betydelse finns där?”. Efter att innehållet identifierats fördes de meningsbärande enheterna ihop efter vilka likheter och skillnader som fanns, för att därefter grupperas i subteman och teman. Totalt blev det tretton subteman och tre teman.

Vid narrativ analys är en vanligt förekommande modell för att analysera och bearbeta text att dela in den i fem eller sex grupper: Meningsbärande enheter, kondenserad text, koder, subteman och teman (samt ibland även huvudteman) (Dahlborg Lyckhage, 2006). Den här uppsatsen använder de fyra grupper som står att se i tabell 2. Koder används för att tydliggöra underliggande teman som annars kan vara svåra att se. Koder har inte använts i analysarbetet

då texterna redan bedöms vara väl genomarbetade då de blivit publicerade och granskade, till skillnad från transkriberad text i exempelvis intervjustudier. (Chinn & Kramer, 2015).

I det tredje skedet sågs texten återigen som en helhet. Genom att sätta ihop textens alla olika delar skapas en ny förståelse vilket gör att det fenomen som studerats kan uttryckas på ett nytt sätt (Friberg & Öhlén, 2012).

Tabell 1. Exempel på analysmetodens användning med redovisning av ett exempel per tema.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Subtema	Tema
<i>"Jag insåg att jag hade en massa fördomar själv, mot mig själv, som jag fick komma över först, innan jag var redo att ta itu med alla andras fördomar."</i> (Karlsson Ambrose, 2012, s. 119)	Jag hade fördomar mot mig själv.	Att vara märkt	När psykosen sparkar in dörren till mig och tar över
<i>"För jag ville ju någonstans bli hjälpt, men det skrämde mig något fruktansvärt att må bättre. Det var för ovant, jag var inte värd att må bättre heller, så därför spjärnade jag emot."</i> (Westlund, 2009, s. 44)	Det skrämde mig att bli bättre då det var ovant men jag ville ha hjälp.	Att förlora sitt friska jag	Psykosen tar det som var jag och mitt värde ifrån mig
<i>"Jag är ändå glad att jag överlevde och jag har kommit fram till att jag vill försöka leva, jag vill försöka fixa mitt liv."</i> (Åström, 2013, s. 233)	Jag är glad att jag överlevde och jag vill fixa mitt liv.	Att ta tillbaka makten över sig själv	Psykosen har ändrat min värld och jag måste lära mig att leva med det

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

De självbiografier som är valda för analys i uppsatsen är alla publicerade och gjorda tillgängliga för allmänheten via offentliga bibliotek och handel. Stor vikt har lagts vid att böckernas författare ska upplevas vara vid stånd för att själv kunna ge sitt medgivande för publiceringen, och på grund av detta har en av de tänkta böckerna valts bort. Författaren till den boken har i efterhand velat dra tillbaka boken efter publiceringen. Dock har inte tillstånd inhämtats direkt från böckernas författare eller publicister. Författarna till uppsatsen har strävat efter att upprätthålla god forskningsetik som beskrivs av Polit och Tatano-Beck (2010); Forsman (1997). Böckerna är publicerade i personernas egna namn vilket gör konfidentialitetskravet svårt att tillgodose.

RESULTAT

Resultatens indelning visas i Figur 1 och visar hur självbilden kan påverkas av psykos. De citat som lyfts fram i resultatredovisningen är tagna ordagrant och med samma tecken som författaren använt. Därför kan texten i citaten vara felstavade eller tecken använda på ett icke vedertaget sätt.



Figur 1. Redovisning av indelningen av teman och subteman.

NÄR PSYKOSEN SPARKAR IN DÖRREN TILL MIG OCH TAR ÖVER

Detta tema byggs upp av subteman att vara märkt, att vara sin sjukdom och att förlora sitt friska jag. Gemensamt för dessa är att psykosen tar över det som var dem själva och i och med det blir de sin sjukdom, både i sina egna och andras ögon. Personerna får svårare att skilja på vad som är sjukdom och vad som är de själva.

Att vara märkt

Det framgår tydligt i samtliga valda böcker att psykos är ett laddat begrepp som skrämmer både de som upplever den och de runt omkring (Karlsson Ambrose, 2012; Lauveng, 2009; Westlund, 2009; Åström, 2013). Att vara galen beskrivs av Åström (2013) som det värsta tänkbara som kan hända och att få en stämpel kan bli funktionshinderande i synen på sig själv och i mötet med andra.

"Den sociala biten är så svår nuförtiden och det känns som om det står något skrivet i min panna. Psykfall står det."
(Åström, 2013, s. 86)

Det upplevs att det finns mycket fördomar och okunskap om psykos, och diagnosen schizofreni kan få folk att backa (Karlsson Ambrose, 2012; Lauveng, 2009; Westlund, 2009).

"Ordet schizofreni skrämde mig. Det lät otäckt att jag var så sjuk som den diagnosen. Det kändes ju inte alls så."
(Westlund, 2009, s. 42)

Lauveng (2009) beskriver att diskriminering förekommer både inifrån sig själv och utifrån, genom andras ögon genom att hon först och främst sågs som schizofren än som en person. Karlsson Ambrose (2012) menar att hon var tvungen att först ta itu med sina egna fördomar mot sig själv innan hon kunde klara av att bemöta andras fördomar mot henne.

”Det smärtsamma var att sitta där, ensam, och veta att alla mina ord hade förlorat sin betydelse och att jag nu först och främst var en schizofren patient, och att det jag sa inte gick att räkna med.”

(Lauveng, 2009, s. 78)

”Jag insåg att jag hade en massa fördomar själv, mot mig själv, som jag fick komma över först, innan jag var redo att ta itu med alla andras fördomar.”

(Karlsson Ambrose, 2012, s. 119)

Att vara sin sjukdom

Att få en psykosdiagnos kan komma att ta stor plats i livet och personlighetsdrag riskerar att bli sedda som symtom (Karlsson Ambrose, 2012; Lauveng, 2009; Westlund, 2009). Lauveng (2009) kände att hon gick från att vara en person med en aktiv roll till att bli förpassad till en roll som passiv mottagare. Lauveng (2009) och Åström (2013) upplevde att de helt blev sin sjukdom där de förlorade kontrollen och känslan av ansvar för sina egna handlingar. Karlsson Ambrose (2012) påtalar vikten av att få fortsätta vara en person och inte bara vara en diagnos. Åström (2013) upplevde att psykosen tog ifrån henne allt friskt, och det som blev kvar var psykosen.

”Men det finns ju såklart situationer när det är skönt också att folk inte vet, man vill ju inte alltid gå omkring och >>vara sin diagnos<<.”

(Karlsson Ambrose, 2012, s. 118)

”... ’jag gjorde det för att jag är schizofren’. Det hjälper ju inte självkänslan mycket.”

(Lauveng, 2009, s. 31)

Att förlora sitt friska jag

Genom att se sjukdomen som sitt jag kan det vara svårt att se sig själv i en roll som frisk och känna hälsa. Lauveng (2009) och Westlund (2009) beskriver detta som att de haft en roll som sjuk så länge att de förlorat förmågan att se vad ”frisk” skulle innebära för dem och hur ett friskt liv skulle levas.

”För jag ville ju nånstans bli hjälpt, men det skrämde mig något fruktansvärt att må bättre. Det var för ovanligt, jag var inte värd att må bättre heller, så därför spjärnade jag emot.”

(Westlund, 2009, s. 44)

”Jag ville bli frisk, men jag kunde inte riktigt se för mig vad ’frisk’ innebar.”

(Lauveng, 2009, s. 147)

Lauveng (2009) menar att de sociala spelregler hon kunde och den referensram hon hade var baserad på hennes sjukdom och hennes roll som patient och mottagare. Hon hade inte heller fått möjlighet på att öva att ge i en relation med andra människor. Allt praktiskt i hennes liv såsom boende och inkomst var även de baserade på att hon var sjuk. Lauveng (2009) och Westlund (2009) uttrycker båda att de ville bli friska men att det samtidigt skrämde dem. De

visste vad de hade i rollen som sjuk men inte vad de kunde få i rollen som frisk och hur detta skulle hanteras.

”Om jag blev frisk, såg jag för mig att jag skulle förlora allt, för jag hade inga andra erfarenheter, och visste inte att jag kunde få så mycket, mycket mer än det jag hade.”
(Lauveng, 2009, s. 148)

PSYKOSEN TAR DET SOM VAR JAG OCH MITT VÄRDE IFRÅN MIG

Under detta tema ryms subtemana ett förändrat jag, Att vara olik sig själv, viljan att vara betydelsefull samt att förlora sitt hopp. Gemensamt för dessa är känslan av förändring, att inte längre vara som tidigare. Ett förändrat jag beskriver hur jaget påverkas medan att vara olik sig själv handlar om synen på sig själv.

Ett förändrat jag

Personlighetsförändring är ett symtom på psykos. Åström (2013) beskriver hur hon förlorade förmågan att prata med människor och kunde bara vända sig inåt och prata med rösterna hon hade i huvudet. Hon kände sig som ett tomt skal, en urholkad version av sig själv då hon upplevde att rösterna tagit hennes själ ifrån henne. Ett försämrat självförtroende innebar för Karlsson Ambrose (2012) och Westlund (2009) att de inte längre kände sig jämlika andra människor och de fick svårt att känna glädje och värde. Karlsson Ambrose (2012) vågade inte längre träffa andra människor och kände sig i förändrad i grunden. Westlund (2009) kände att hon hade ingen rätt att uppleva något positivt. För Lauveng (2009) uttryckte sig det dåliga självförtroendet genom att hon kände sig ovärdig, liten, dum och rädd. Hon förlorade sin vilja och det som var hon.

”Jag hade förlorat mig själv, min trots, mina drömmar, min vilja, min upproriskhet. Det gjorde mig rädd, och jag ville hitta vägen hem till mitt jag igen.”
(Lauveng, 2009, s. 133-134)

Att vara olik sig själv

Synen på sig själv kan ändras under och efter en psykos. Åström (2013) upplevde att hon innan sin psykos var mer öppen och pratglad som person. Efter psykosen upplever hon sig mer tillbakadragen och att allt är annorlunda, att hon själv förändrats mot hur hon tidigare varit och hon ser sig själv inte längre som en vanlig människa. Hon inser att hon kanske är sjuk på något sätt, men att det inte har något med rösterna att göra. Lauveng (2009) och Karlsson Ambrose (2012) känner att allt de tidigare tänkt om sig själva har omprövats och de ser sig själva annorlunda. Deras personlighet har delvis blivit dold eller försvunnit för dem. Lauveng (2009) blev rädd för sitt nya, ändrade jag när hon märkte hur mycket hon förändrats.

”Det bröt fullständigt med allt jag någonsin hade tänkt om mig själv.”
(Lauveng, 2009, s. 94)

”Jag vill veta hur man gör för att återfå sin personlighet...”
(Karlsson Ambrose, 2012, s. 80)

Karlsson Ambrose (2012) uttrycker att hon har blivit mer ödmjuk och mjukare inför livet, men även att hon blivit skör för påfrestningar. Hon har svårt att se hur hon någonsin mer kommer kunna arbeta, något som tidigare varit väldigt viktigt för henne.

Att vilja vara betydelsefull

När någon får en psykos hamnar han/hon lätt i en beroendeställning och får en patientroll. Därmed riskerar de att gå från att vara en delaktig och autonom part till att vara passiv och bli förbisedd och känna att ingen behöver just mig (Karlsson Ambrose, 2012; Lauveng, 2009; Westlund, 2009). Lauveng (2009) får vid ett tillfälle erbjudande om att börja arbetsträna för terapeutiskt syfte, medan hon helst vill bli betraktad som en viktig resurs, inte bara som en kostnad.

"Jag vill inte att de ska ha utgifter för mitt arbete, tvärtom skulle jag vilja att någon kunde uppleva mig som en viktig resurs."

(Lauveng, 2009, s. 83)

"Nu hade min bästa vän, min själsfrände och andra hälft en pojkvän, det var ingen som liksom behövde just mig."

(Westlund, 2009, s. 44)

Att förlora sitt hopp

Karlsson Ambrose (2012); Lauveng (2009); Westlund (2009); Åström (2013) uttrycker alla en känsla av meningslöshet, hopplöshet och en vilja att avsluta sina liv. Westlund (2009) och Åström (2013) drevs så långt i sin känsla av hopplöshet att de gjorde flera suicidförsök. Alla tycker även att deras fokus hamnar på hopplösheten och oförmågan att se bortom sjukdomen. Karlsson Ambrose (2012) fick en PPD efter hon insåg hur sjuk hon var.

"Jag blev faktiskt ledsen av att inse att jag är gravt sjuk och hade varit >>knäpp i bollen<< och att jag hade kört slut på en del relationer, kanske jobb och partner."

(Karlsson Ambrose, 2012, s. 112)

Känslan av hopplöshet kan upplevas så stark att ens person håller på att spricka (Westlund, 2009; Åström, 2013). Åström (2013) beskriver att hur mycket hon än försökte förtränga allt det jobbige som hänt henne, gjorde det ändå ont ända in i benmärgen och hon kände sig totalt misslyckad.

"Kände mig som ett gummiband uttänjt till bristningsgränsen."

(Westlund, 2009, s. 39)

Om en person känner sig så hopplös, meningslös, och inte har något att längta till är det svårt att hitta ork att försöka ta sig ur sin ohälsa, fixa sitt liv, samt att försöka hitta tillbaka till sig själv (Åström, 2013).

"...jag har ingenting att längta till och allt känns meningslöst. Jag kommer aldrig att komma tillbaka, jag kommer aldrig att kunna fixa mitt liv. Jag vill inte lida mer, jag orkar inte gå igenom mer."

(Åström, 2013, s. 112)

"Och det är inte så lätt att tro på sig själv när ingen annan har gjort det på länge."

(Lauveng, 2009, s. 153)

PSYKOSEN HAR ÄNDRAT MIN VÄRLD OCH JAG MÅSTE LÄRA MIG ATT LEVA MED DET

Subteman i detta tema handlar om att tvivla på sin existens, att förlora sin verklighetsförankring, att leva vidare med sig själv under ändrade förutsättningar, att leva med hot om återfall, att ta tillbaka makten över sig själv och att sjukdomen bara är en del av personen. Temat handlar om att behöva ifrågasätta sin världsbild och lära sig att leva i en ny situation.

Att tvivla på sin existens

Att få en psykos kan innebära att personen ifrågasätter sin egen existens. Lauveng (2009) beskriver att hon blir osäker på om hon egentligen finns eller om hon är en påhittad figur i någon annans berättelse. Hon beskriver även hur hon upplever att någon annan styr hennes kropp och tankar, och hon förlorar kontrollen över vad hon gör. Även Westlund (2009) beskriver att hon inte längre känner igen sig själv, och upplever en känsla av dissociation vilket innebär att hon inte upplever sig som sig själv. Åström (2013) berättar om att hon står och tittar sig i spegeln och inte kan känna igen sig själv, som att hon inte finns egentligen. Ett gemensamt drag är att tvivla på sin existens och att psykosen inte bara ändrar verklighetsuppfattningen utan även får dem att ifrågasätta och omvärdera sin egen tillvaro och existens.

“Jag började känna mig osäker på om jag egentligen levde, på riktigt, för allting kändes så väldigt tomt och grått. I min dagbok ersatte jag “jag” med “hon” och efterhand tänkte jag så också: “Hon gick nedför vägen för att gå till skolan. Hon var ganska ledsen och undrade om hon skulle dö.” Och någonstans inom mig fanns något som undrade om “hon” fortfarande var “jag”, men som kom fram till att det inte kunde stämma, för “hon” var ju ledsen och jag, ja, jag var ingenting. Bara grå.”

(Lauveng, 2009, s. 14)

Att förlora sin verklighetsförankring

Psykossymtom, exempelvis hallucinationer och vanföreställningar, innebär ofta att gränsen mellan det verkliga och det överkliga suddas ut. Karlsson Ambrose (2012); Lauveng (2009); Westlund (2009); Åström (2013) beskriver hur de till en början kan hålla psykosen under kontroll men över tid blir det svårare att förhålla sig till vad som är verklighet och vad som endast finns i deras huvuden. Det är en ständig balansgång för att inte helt förlora sig själva och sin förankring till verkligheten. Som Lauveng (2009) uttrycker sig går det bra att dölja saker förhållandevis länge men att så småningom brister skalet och det som finns kvar är ett kaos.

“Jag balanserade på en tunn tråd mellan «det verkliga» och «det överkliga» och ville verkligen inte få några intryck som skulle göra att jag ramlade av tråden.”

(Westlund, 2009, s. 43)

För Karlsson Ambrose (2012) och Åström (2013) gick det inte att lita på sina egna upplevelser och minnen. De fick förlita sig på andras berättelser för att veta vad som varit fantasi och vad som var verklighet. De kände en misstro för sig själva och sin egen verklighet.

”Jag vet inte vad som är fantasi och vad som är verklighet.”
(Åström, 2013, s. 75)

Att leva vidare med sig själv under ändrade förutsättningar

Att inse att livet har fått andra förutsättningar kan vara ett tufft uppvaknande, då det man trodde om sig själv inte längre är detsamma. Som Åström (2013) uttrycker sig: hur ska livet som vanlig människa kunna fortsätta? Det finns två val efter en psykos: antingen se sig själv som ett offer eller lära sig att ta ansvar för det som komma skall (Lauveng, 2009). Karlsson Ambrose (2012) kom till insikten att hon är för skör och kommer därför inte kunna arbeta igen vilket var svårt att förhålla sig till då arbete är en stor del av livet.

”Ibland känns det jättetråkigt att inse att jag antagligen aldrig kan ha ett lönearbete mer, och när den insikten slog ner var det en tanke som det tog lång tid att vänja sig vid.”
(Karlsson Ambrose, 2012, s. 81)

Efter en psykosepisod kan det vara svårt att hitta nya lösningar då det som tidigare fungerat inte fungerar längre och nya tankemönster måste bildas (Lauveng, 2009).

”Ditt huvud, som skulle hjälpt dig ur kriser, har blivit orsaken till krisen, och ingen av lösningarna du har lärt dig fungerar längre.”
(Lauveng, 2009, s. 100)

Att leva med hot om återfall

Att undvika belastningar kan få en central roll i livet efter en psykosepisod, eftersom rädslan för att insjukna igen är stor. Det kan komma att bli en heltidssysselsättning att undvika återfall och ta över stora delar av vardagen eftersom personen kan komma att undvika allt som kan ses som triggers (Karlsson Ambrose, 2012; Lauveng, 2009; Westlund, 2009; Åström, 2013). Åström (2013) berättar att hon kände sig både förstörd och galen när rösterna kom tillbaka efter att ha varit borta en längre period. Hon kände också att hon var tvungen att skydda sig mot sig själv för att undvika fler återfall. Karlsson Ambrose (2012) beskriver det som att hon aldrig kan känna sig riktigt säker, något som skrämmer henne.

”Länge levde jag mitt liv, efter det att jag insjuknat och fått min diagnos, genom att hela tiden undvika belastningar eftersom jag var så rädd att insjukna igen.”
(Karlsson Ambrose, 2012, s. 81)

”Jag kan inte jobba, jag måste ha skydd mot mig själv.”
(Åström, 2013, s. 114)

Att ta tillbaka makten över sig själv

Efter en psykosepisod handlar mycket om att försöka återta kontrollen över sitt liv, att hitta sig själv, och lära sig leva med de erfarenheter och känslor som psykosen kan ha medfört (Karlsson Ambrose, 2012; Lauveng, 2009; Westlund, 2009; Åström, 2013). Åström (2013) redogör för hur hon inte längre upplever sig som samma person längre, utan snarare har blivit

en ny version av sig själv. Hon upplevde att hon fick tillbaka det som psykosen tog av henne, vilket var hennes livsgnista och självförtroende. I efterhand känner hon glädje över att hon överlevde och uttrycker en stark vilja att återställa sitt liv och sin person.

”Jag borstar tänderna flera gånger om dagen, noggrant, noggrant, Johan tycker att det är så äckligt men jag måste sköta mina tänder, för jag tänker klara mig ur det här också och då vill jag ha fina tänder.”

(Åström, 2013, s. 190)

Westlund (2009) framhåller en bild av sin självbild som ett lakan, där kanterna nästan alltid varit starka men med en trasig och skör mitt. Genom att ta tag i sin situation känner hon hur hon kunnat stärka även det svaga stycket. Även fast psykosen slitit håll i henne ser hon ändå hur hon växer sig starkare och kommer ur psykosen med nya erfarenheter. Även Lauveng (2009) beskriver hur hon haft svårt att se hur hon skulle kunna ta sig genom den kris som psykosen medförde. Hennes roll som sig själv smalnade av så pass mycket att hon inte såg någon väg ut, men hon visste ändå någonstans att hon skulle ta sig igenom och överleva detta.

”Och det skrev jag, även om jag, utan att veta något om framtiden, hade ritat en skrämmande träffsäker bild av min framtid. Jag visste att jag höll på att bli slukad. Och jag visste att jag skulle överleva.”

(Lauveng, 2009, s. 18)

Sjukdomen är bara en del av mig själv

”Jag var sjuk, absolut, men hela jag var inte sjuk.”

(Lauveng, 2009, s. 87)

Som både Lauveng (2009) och Karlsson Ambrose (2012) skriver så är sjukdomen bara en del av dem själva. Trots att psykosen förvränger och förvirrar, och tar upp en stor plats i livet, är den ändå bara en del av helheten. Psykosen ändrar på sättet tankar och känslor uttrycks, men inte på själva innehållet (Lauveng, 2009). Det är en stor risk att personer med psykisk ohälsa och som behöver behandling inom vården under långa perioder blir institutionaliserade, och Lauveng (2009) uttrycker vikten av att få känna sig mänsklig och inte bara som psykiatrisk patient.

”Samtidigt som detta >>drömmande<< pågår är man ju vaken, och det händer vardagliga saker runt omkring en, så en del av ens personlighet är ju som vanligt, och man kan göra grejer som att gå och handla, betala räkningar och så vidare (om man har tur och psykosen inte helt har tagit över).”

(Karlsson Ambrose, 2012, s. 89)

Lauveng (2009) har alltid skrivit dagbok, före, under och efter hennes psykosepisoder. I början av sin psykos skriver hon om sig själv i jagform, för att senare under insjuknandet ändra ”jag” mot ”hon”, och senare byta ut ”hon” mot ”x”. Hon upplevde känslan av att inte längre existera och visste inte längre vem eller vad hon var. Hennes identitet suddades ut och allt var bara ett kaos. Men när hon ser tillbaka på dagboksanteckningarna ser hon ändå att hon fanns där hela tiden, trots sina vanföreställningar.

”För det blir alldeles tydligt att jag var där hela tiden, och att identiteten var bergfast även om upplevelsen av den var helt bortsuddad. Jag intresserar mig för språk och grammatik, det är

en del av den kombination av säregenheter som formar min identitet och gör mig till mig. Så jag fanns nog där då också. Jag såg det bara inte.”
(Lauveng, 2009, s.18)

Lauveng (2009) avslutar med att berätta om hur hon vet att hennes sjukdomshistoria och erfarenheter av psykos alltid kommer att finnas kvar, men att den bara är en del av henne.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Narrativ analys valdes då syftet var att ta tillvara på personliga upplevelser. Genom att använda narrativ analys tolkades grundmaterialet direkt snarare än att tolka någon annans tolkning som vid till exempel en litteraturoversikt, vilket medförde att resultatanalysen blev en förstagranskning. Genom att analysen är en första tolkning är undersökningen empirisk (Dahlborg Lyckhage, 2012).

Fördelen med narrativ analys av självbiografier mot att genomföra intervjuer är att personen själv kan uttrycka sig obehindrat om sina upplevelser och känslor utan ledande frågor. Arbetet löper därför lägre risk att vinklas av den som intervjuar (Dahlborg Lyckhage, 2006). Metoden lämpar sig väl för ändamålet som är att beskriva enskilda personers subjektiva upplevelser och erfarenheter av hur psykos kan påverka självbilden. Författaren kan alltid utelämnat information av positiv eller negativ art eller förvanska den. Dock kan samma problematik finnas i intervjustudier. Avsikten är att få en subjektiv berättelse och därmed behöver den inte vara fullständigt korrekt (Thurén, 2007).

Då en induktiv ansats var vald var det viktigt att undvika förförståelsens påverkan (Elo & Kyngäs, 2008). Därför lästes materialet igenom på varsitt håll och meningsbärande enheter plockades ut av var och en. På så sätt kunde inte materialet diskuteras under tiden det lästes. Därefter jämfördes bådas anteckningar och de kompletterades varandra på ett konstruktivt sätt. Det fanns skillnader mellan valen av meningsbärande enheter vilket gav upphov till intressanta diskussioner. Viss förförståelse kan alltid finnas omedvetet och är svår att undvika helt trots gemensam reflektion och diskussion (Skott, 2004). Tolkningar är alltid mer eller mindre subjektiva, vilket gör att olika personer får fram olika resultat av samma material (Dahlborg Lyckhage, 2006). Genom att beskriva hur båda uppsatsförfattarna gemensamt arbetat med analysen och i alla steg reflekterat kring olika tolkningsmöjligheter stärks resultatets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Att analysera en redan bearbetad text vilket en publicerad självbiografi är genom att författaren och en publicist redan har granskat och förtydligat texten, skiljer sig från att analysera en icke bearbetad text som till exempel en blogg eller intervju (Chinn & Kramer, 2015). En blogg är ett levande dokument som när som helst kan komma att ändras eller tas bort, därför ansågs det inte vara en pålitlig metod för arbetet.

Ett av de inklusionskriterier som användes var att materialet skulle vara skrivet av personen som upplevt psykosen och inte av andra som exempelvis anhöriga, då det är den enskildes upplevelse av sig själv som ska fångas upp och inte andras syn på personen. På så sätt ses inte historien ur någon annans synvinkel vilket gör det enklare att inte påverkas av andras förförståelse.

Ett annat kriterium var att materialet som skulle ingå i analysen skulle vara skrivet på eller översatt till svenska. Svenska var det språket som behärskades i störst utsträckning för att kunna vara tillförlitligt för analysen. Författaren skulle även komma från eller vara bosatt i Skandinavien eftersom det kan vara för stora kulturella skillnader mellan olika länder, och de skandinaviska länderna har haft en liknande utveckling under 1900- och 2000-talen, vilket kan göra materialet mer applicerbart i den svenska hälso- och sjukvårdskulturen. En diskussion fördes där välfärdssystem, sociala normer, och samhällsutveckling togs upp. Det ansågs inte vara aktuellt att inkludera självbiografier från länder med för olik kultur då skillnaderna mot de skandinaviska samhällena kan vara för stora och därmed inte tillräckligt applicerbart. Det är viktigt att ha i åtanke att kulturer även kan skiljas åt inom Sverige, då det kan förekomma andra kulturyttringar i exempelvis Västerbotten och i Skåne. Det kan också finnas en socioekonomisk skillnad i hur psykosen kan upplevas likväl som det kan vara skillnad på att vara man och få en psykos mot att vara kvinna och få en psykos.

Samtliga av de valda självbiografierna är skrivna av kvinnor trots att schizofreni är något vanligare bland män (Ottosson, 2009). Av de 18 självbiografier som var med i urvalsprocessen var fem skrivna av män. Därför verkar det vara generellt vanligare för kvinnor att skriva om och dela med sig av sina upplevelser och känslor än vad det är för män. Har kvinnor ett större behov av att skriva ned sina känslor och erfarenheter än vad män har, eller är det mer socialt accepterat enligt rådande samhällsnormer? Det är i ett vårdvetenskapligt perspektiv viktigt att problematisera och synliggöra könsnormer (Ekstrand & Saarnio, 2010). För resultatets giltighet har val av deltagare betydelse, eftersom kvalitativ innehållsanalys avser beskriva variationer som till exempel kön, ålder och social status (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). I uppsatsens analys ingår enbart kvinnor, något som kan påverka överförbarheten eftersom det är svårt att applicera resultatet på en större population.

Utbudet av självbiografier är begränsat vilket gör det svårt att anpassa innehållet efter specifika önskemål och begränsningar som exempelvis ålder eller när materialet är skrivet. De olika författarna har insjuknat när de var någonstans mellan 17 och 27 år, det ses för uppsatsen som positivt att författarna befunnit sig i olika stadier i livet. Det är inte överraskande att åldersspannet ligger just där, eftersom tre av fyra som insjuknar i psykos är mellan 15-34 år (Moller, 2013). Vilket år materialet var skrivet ansågs inte relevant på grund av att en upplevelse alltid är subjektiv och inte förändras över tiden, dessutom är biografierna skrivna i efterhand, vilket gör att tiden mellan insjuknande och publicering kan variera.

Problem uppstod att finna självbiografier skrivna av människor med olika diagnoser. Två författare med schizofreni, en författare med schizoaffektiva syndrom, och en författare med

obestämd psykos är med i analysen (se bilaga 1). Schizofreni är den vanligaste psykosjukdomen, därför är det inte förvånande att majoriteten av självbiografierna är skrivna om den diagnosen.

Exklusionskriterier som använts är om majoriteten av boken är skriven av någon annan, samt vilken typ av psykos som avbildas. Organiska psykoser, exempelvis demenspsykos och drogtlösta psykoser, valdes bort eftersom de skiljer sig markant i funktionsnivå och verkan. En schizofreni ger oftast en större och mer långvarig funktionsnedsättning än en drogtlost psykos, och en demenspsykos ger tvärtom en större funktionsnedsättning än en schizofreni. Därför anses de inte vara jämförbara med de större psykosgrupperna.

Sökorden som användes till sökningen för resultatlitteraturen i GUNDA och LIBRIS är svåra att påverka. Efter sökningarna som gjordes kom samma träffar upp flera gånger, något som kan förklaras med att det är i huvudsak de begrepp som används för bibliotekskoden Vlaa som är bibliotekskoden för litteratur om psykos. Därför är det svårt att tro att fler självbiografier skulle kunna hittas den vägen med andra sökord. LIBRIS söker i de flesta svenska bibliotekskataloger, och därmed är det inte rimligt att söka utanför den tjänsten och utöver universitetsbiblioteket.

Som Lundman och Hällgren Graneheim (2012) skriver är en fördel med kvalitativ innehållsanalys att det är en väldigt anpassningsbar metod som kan användas till flera olika syften. Datamaterialet kan vara av varierande kvalitet, och påverkas av forskarens kunskap och akademiska färdighet. Desto mer kunskap forskaren har, desto bättre datamaterialet är – desto mer adekvat och sammanhängande blir resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Den förändrade självbilden efter en psykos skapar många tankar och funderingar hos personen. De självbiografier som analyserats uttrycker förändrad självbild och dessa diskuteras inom tre huvudområden som sedan blivit teman i uppsatsen.

När psykosen sparkar in dörren till mig och tar över

Är det verkligen det värsta som finns att vara galen? Åström (2013) och Lauveng (2009) framhåller att vara psykotisk tar så mycket av en människas möjligheter, att personen inte längre anses vara tillräckelig varken för sig själv eller av andra. Stigmatiseringen påverkar självbilden i allra högsta grad och sätter tänkta käppar i eget hjul, samt påverkar förmågan att söka hjälp när det behövs (Anderson et al., 2013; Markström, 2005).

Det finns många fördomar mot psykoser, både från de som har dem och de som står bredvid. Det verkar som att samhällets syn och attityder mot psykisk ohälsa och psykoser i stor del påverkar även den bild som den som lever med psykos får av sig själv (Anderson et al., 2013). Därför behöver samhället ta ett större ansvar för att bryta tabu kring psykisk ohälsa och sluta kategorisera människor.

Samhället ser än idag människor med psykisk ohälsa som skrämmande och oönskade (Magnusson, 2010). I resultatanalysen framkommer det att psykos är ett laddat begrepp som på

ett negativt sätt påverkar personernas egen syn på sig själv. Symtom och diagnos kan sätta en stämpel på vad jag är, men aldrig på vem jag är (Kristensson Ugglå, 2014).

Att få en psykossjukdom kan komma att ta en stor del i livet då personerna tidigare kan ha gått från att vara aktiva människor till att bli passiva sådana. Eftersom personer med psykos tenderar att definiera sig som en sjukdom, och allt de gör som en sjukdomsyttning, kan det vara svårt att återfå sin roll som frisk. Rösterna kan komma att ta över mycket av det som personen vanligtvis skulle göra, såsom ansvar och drivkraft. Det är inte längre personen själv som handlar utan det är psykosens symtom. Lauveng (2009) spenderade över tio år på institutioner från det att hon var 17 år, vilket gjorde att de sociala spelregler hon kunde var baserade på rollen som psykiatrisk patient, och hade aldrig någon naturlig övergång till vuxenlivet.

Psykosen tar det som var jag och mitt värde ifrån mig

Synen på sig själv kan i allra högsta grad ändras av en psykos. Beskrivningar av hur personerna upplever att de inte längre är vanliga människor är flera. Om en person inte ser sig själv som normal kan det vara svårt att tillåta utomstående att göra det. Det här leder ofta till att personerna blir mer tillbakadragna och inte vågar eller vill ha social kontakt med andra och allt som de tidigare tänkt om sig själva omprövas. Personen kan komma att bli dold eller försvinna för sig själv bakom sjukdomen. Fokus hamnade på hur dåliga de kände att de var och hur hopplöst allt kändes. Karlsson Ambrose (2012) fick en postpsykotisk depression efter sin första psykosepisod, och även Åström (2013) beskriver hur hon fick flera depressioner och mycket ångest. Deras upplevelse av depression och ångest kopplat till psykoser stämmer väl överens med hur Gumley et al. (2006) beskriver postpsykotisk depression. De skriver att det är vanligt med känslor av att vara fångad och förödmjukad samt att personen drar sig undan sociala kontakter.

Samtliga författare beskriver hur de upplever att de får en förändrad personlighet, och som Koivisto et al. (2003) skriver är det vanligt att personer som genomlever stora livskriser, som en psykos kan vara, kan känna en förlust av jaget. Åström (2013) blev mer inåtvänd och kände att hon till slut bara kunde prata med rösterna i hennes huvud. Till slut kände hon sig som en urholkad version av sig själv. Karlsson Ambrose (2012); Lauveng (2009); Westlund (2009) kände att de var mindre värda och uttryckte sig ofta nedsättande om sig själva. Koivisto et al. (2003) skriver även att som psykiatrin fungerar idag riskerar den att undergräva känslan av styrka hos patienten. Därför är det viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal inom psykiatrin att vara medvetna om hur jaget kan påverkas av psykos för att kunna hjälpa och stötta patienten vid behov. Stöttning kan ges på olika sätt, exempelvis genom att sjuksköterskan är engagerad och har intresse för att förstå den enskilde patienten och på så sätt kan möta patienten där denne är.

Alla människor vill troligen känna sig betydelsefulla. För en psykiatrisk patient är det inte alltid lika självklart att bli det. Det är lätt att känna sig som en belastning och hamna i en beroendeställning. Att bli förbisedd och känna att ingen behöver honom eller henne ger ett sämre självförtroende än innan. Lauveng (2009) beskriver hur viktigt det kan vara att få ge tillbaka. Hon berättar om en händelse där hon vägrar ta sina mediciner och sjuksköterskan

hotar med tvångsmedicinering. En skötare samtalar med henne och förklarar hur hans bil gått sönder och han behöver pengar. Om hon går med på att ta sina mediciner utan att bråka så kommer de andra i personalen tycka att han är duktig, han kommer få mer arbetspass vilket i sin tur ger mer pengar. Vetskapen om att hon kan hjälpa en annan människa får henne att ta medicinen utan att bråka. Plötsligt upplevde hon sig som en resurs där hon kan göra något för någon annan. Dock är det viktigt att vara medveten om hur olika verktyg används då patienten kan hamna i en eventuell beroendeställning.

Psykosen har ändrat min värld och jag måste lära mig att leva med det

Psykos är en synbart gåtfull samling symtom. För att öka förståelsen vill Jonsson (2009) visa att det är möjligt att ta sig ur mörkret tillbaka till verkligheten, samt att personer med psykos ska få en möjlig chans att återfå sin plats i samhället.

Vid en psykos är det vanligt med existentiella frågor som till exempel ”Vem är jag?” och ”Vad är jag?”. Det är något som tillhör den vanliga symtombilden, men vilken inverkan har det på självbilden?

Gemensamt för samtliga författare är att psykosen inte bara ändrar deras verklighetsuppfattning utan får dem även att ifrågasätta deras egen tillvaro och existens. Ottosson (2009) menar att en jagstörning lätt kan uppstå vid psykoser och psykossjukdomar, där de tydliga gränserna mellan sig själv och tillvaron suddas ut. Detta styrker samtliga författare genom att berätta om hur de till en början kunde hålla psykosen under kontroll, men över tiden blev det svårare att förhålla sig till vad som var fantasi och verklighet. Det blir en kamp att försöka hålla ihop skalet så länge som möjligt, men till slut brister skalet och allt som finns kvar är ett kaos där inget längre hänger samman (Lauveng, 2009).

En psykos kan ta stora delar av jaget och efter en episod kan det vara ett stort arbete att återfå kontrollen över sitt liv och att hitta sig själv igen (Gumley et al., 2006; Karlsson Ambrose, 2012; Lauveng, 2009; Power, 2007; Westlund, 2009; Åström, 2013). Power (2007) beskriver en metafor som är talade för detta, där jaget kan ses som en orkester. Om trumpetspelaren börjar med ett solo mitt i symfonin så påverkar det hela upplevelsen av orkestern. Att försöka få tillbaka trumpetspelaren till de noter resten av orkestern spelar efter är av stor vikt för att helheten ska bli bra igen. För personer med psykos kan detta liknas vid att delar av jaget (trumpetspelaren) inte längre sitter ihop med självbilden (orkestern). Även Makdisi et al. (2013) beskriver att jaget måste sitta ihop i en jämn balans för att kunna hantera psykosen.

Åström (2013) upplever att hon har blivit en ny version av sig själv, att hon efter psykosen fått tillbaka det som psykosen tog ifrån henne och att hon gått ur psykosen med en stark vilja att återta sitt liv och sin person. Detta visar att psykos inte alltid bara innebär negativa saker i en människas liv, det går även att se det som en erfarenhet som gör jaget starkare.

Lauveng (2009) menar att det finns två val efter en psykos: att se sig själv som ett offer eller lära sig ta ansvar för framtiden. För sjuksköterskan är det därför viktigt att ha god kunskap om hur patientens sårbarhet bäst kan stöttas och tas om hand med sikte på framtiden (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Samtliga författare berättar att de lever med en ständig rädsla för att insjukna igen, och att stora delar av vardagen för dem går ut på att undvika det som kan trigga en psykos. Risken för återfall är kopplat till vilken typ av föreställningar som personen har, exempelvis negativa bedömningar av att de är fångande av sin sjukdom och skuldkänslor (Gumley et al., 2006).

Alla människor måste få ses som människor och inte bli förminskade till exempelvis symtom och diagnoser. Oavsett hur många kopplingar det finns mellan symtom och diagnoser kan det aldrig beskriva vem en person är (Kristensson Uggla, 2014). Därför bör personal inom hälso- och sjukvård se till personen i första hand och inte bara till vilken diagnos personen kan tänkas ha. Karlsson Ambrose (2012) skriver att delar av hennes personlighet var som vanligt trots en allvarlig sjukdom, och gjorde att hon ändå kunde göra vardagliga saker som till exempel gå och handla. Lauveng (2009) skickar med ett viktigt budskap: En person kan vara sjuk, men hela personen är aldrig sjuk. Det är viktigt att se till det friska hos personen.

Slutsats och praktiska implikationer

Personer med psykos upplever att självbilden påverkas. Enbart att få en diagnos som är så laddad som schizofreni förändrar sättet att se på sig själv och skapar olika känslor, till exempel känslor av att vara värdelös, hopplöshet och att inte längre vara sig själv. Hur självbilden påverkas framgår som att *psykosen sparkar in dörren och tar över, psykosen tar det som var personen och dennes värde, samt att psykosen ändrar världen och personen måste lära sig att leva med det*. För omvårdnadsarbetet är det värdefullt att få insyn i hur patienten upplever att det är att leva med psykos för att uppnå en ökad förståelse för hur det är att leva med en förändrad självbild. Dessa patienter finns överallt i vården, både inom psykiatrin, somatiken, och socialtjänsten. Detta är relevant kunskap för sjuksköterskan då han/hon kan få hjälp med att hjälpa patienten som upplever psykosen samt få en ökad förståelse för hur denne påverkas och för att han/hon ska kunna se personen bakom symtomen. Det krävs av sjuksköterskan att han/hon är engagerad, intresserad och försöker förstå olika etiska normer i relation till individen. Det är viktigt att vara medveten om att personen är sjuk, men att hela personen inte är sjuk, samt att kunna förmedla det till personen med psykosymtom.

Forskning om hur självbilden påverkas av psykos saknas. Därför önskas mer forskning på området. Intervjuer eller fokusgrupper skulle kunna vara lämpliga studiemetoder för att ta reda på mer om hur självbilden kan påverkas vid psykos.

REFERENSER

- Anderson, K. K., Fuhrer, R., & Malla, A. K. (2013). "There are too many steps before you get to where you need to be": Help-seeking by patients with first-episode psychosis. *Journal of Mental Health*, 22(4), 384-395. doi: 10.3109/09638237.2012.705922
- Björkman, T., & Lundberg, B. (2005). Stigma. I D. Bunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med funktionsnedsättning - Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (ss. 67-82). Lund: Studentlitteratur.
- Brain, C. (2014). Stigmatisering och bilden av psykiatrin. I C. Brain, S. Landqvist-Stockman & H. Olsson (Red.), *Integrerad Psykiatri - Case Management i teori och praktik* (ss. 185-204). Lund: Studentlitteratur.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge Development in Nursing - Theory and process*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 139-148). Lund: Studentlitteratur.
- Ekstrand, P., & Saarnio, L. (2010). Patientens makt och vanmakt i vården. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (ss. 169-186). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Forsman, B. (1997). *Forskningsetik - En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Fransson Sellgren, S. (2014). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (ss. 253-275). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 345-372). Lund: Studentlitteratur.
- Fridlund, B. (2012). Kritisk incident teknik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 177-189). Lund: Studentlitteratur.
- Gumley, A., Karatzias, A., Power, K., Reilly, J., McNay, L., & O'Grady, M. (2006). Early intervention for relapse in schizophrenia: impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 45(Pt 2), 247.
- Gureje, O., Harvey, C., & Herrman, H. (2004). Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 334-338. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01360.x
- Hem, H. M., Heggen, K., & Ruyter, K. W. (2008). Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward. *Nursing ethics*, 15(6), 777-788. doi: 10.1177/0969733008090525
- International Council of Nurses. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2015-01-27, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf
- Jonsson, E. (2009). *Tokfursten* (4 uppl.). Ludvika: Dualis.
- Karlsson Ambrose, P. (2012). *Jag vet inte var psykoser kommer ifrån: Om att insjukna i och leva med en psykosjukdom*. Stockholm: Ordberoende förlag.
- Karlsson, L. (2007). *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.

- Koivisto, K., Janhonen, S., & Vaisanen, L. (2003). Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(2), 221-229. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00588.x
- Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi - Filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård* (ss. 21-68). Stockholm: Liber.
- Lauveng, A. (2009). *I morgon var jag alltid ett lejon*. Tyresö: Sivart förlag.
- Lindström, E., & Brain, C. (2014). Diagnostik. I C. Brain, S. Landqvist-Stockman & H. Olsson (Red.), *Integrerad Psykiatri - Case management i teori och praktik* (ss. 35-56). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-202).
- Magnusson, A.-S. (2010). *Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006*. Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Makdisi, L., Blank, A., Bryant, W., Andrews, C., Franco, L., & Parsonage, J. (2013). Facilitators and Barriers to Living with Psychosis: An Exploratory Collaborative Study of the Perspectives of Mental Health Service Users. *The British Journal of Occupational Therapy*, 76(9), 418-426. doi: 10.4276/030802213X13782044946346
- Markström, U. (2005). Från mentalsjukhus till samhälle. I D. Bunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med funktionsnedsättning - Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (ss. 47-66). Lund: Studentlitteratur.
- Mattsson, M. (2014). Psykoser. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundläggande nivå* (ss. 129-162). Lund: Studentlitteratur.
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., . . . Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6(3), 9p.
- Moller, M. D. (2013). Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders. I G. W. Stuart (Red.), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (ss. 344-381). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Mould, T. J., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2010). The use of metaphor for understanding and managing psychotic experiences: A systematic review. *Journal of Mental Health*, 19(3), 282-293. doi: 10.3109/09638231003728091
- Nationalencyklopedin. (u.å.). Psykos. Hämtad 2015-01-26, från www.ne.se/upplagsverk/encyklopedi/lang/psykos
- Nyström, M. (2014). Vårdrelationer - en empirisk belysning. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (ss. 467-481). Lund: Studentlitteratur.
- Ottosson, O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Persson, C., & Sundin, K. (2012). Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod - ett dialektiskt förhållningssätt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination i omvårdnad* (ss. 373-387). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Tatano-Beck, C. (2010). *Nursing Research - Appraising evidence for nursing practice* (7 uppl.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Power, M. J. (2007). The multistory self: Why the self is more than the sum of its autoparts. *Journal of clinical psychology*, 63(2), 187-198. doi: 10.1002/jclp.20341
- Segesten, K. (2011). *Att utbildas till sjuksköterska - Perspektiv på lärande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- SFS 2014:821. (2014). *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Skott, C. (2004). Framväxten av narrativ forskning. I C. Skott (Red.), *Berättelsens praktik och teori - narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv* (ss. 39-50). Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2014). Psykisk ohälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (ss. 611-638). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2015-01-27, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2012). *Folkhälsan i Sverige. Statens Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen - Årsrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stenhouse, R. C. (2011). 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(1), 74-80. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01645.x
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). Värdegrund för omvårdnad. från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf
- Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.
- Westlund, J. (2009). *Åren då jag bar skor*. Borås: Recito förlag.
- Åström, C. E. (2013). *När frosten kom innanför min hud: en självbiografi om psykos*. Karlshamn: MiVida förlag.
- Öhlén, J. (2004). Berättelser (s)om vårdande. I C. Skott (Red.), *Berättelsens praktik och teori - narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv* (ss. 25-36). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA 1. ÖVERSIKT AV RESULTATSÖKNING

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Relevanta träffar	Utvalda för granskning
150128	GUNDA	Lz, Schizofreni	11	6	6
150128	GUNDA	Lz, Psykos	2	1	1
150129	GUNDA	Lz, Scizoaffektiv*	0	0	0
150129	GUNDA	Lz, Schizo*	13	7	1
150129	GUNDA	Lz, Vanföre*	0	0	0
150129	LIBRIS	Lz, Psykos	19	4	3
150129	LIBRIS	Lz, Schizo*	37	19	7
Totalt antal utvalda titlar för vidare granskning					18
Antal titlar efter urval 1					9
Antal titlar efter urval 2					5
Antal titlar efter urval 3					4

BILAGA 2. VALDA SJÄLVBIOGRAFIER

Titel: Jag vet inte var psykoserna kommer ifrån : Om att insjukna i och leva med en psykossjukdom

Författare: Pebbles Karlsson Ambrose

Tryckt år: 2013

ISBN: 978-91-978517-5-6

Format: E-bok

Antal sidor: 148

Antal sidor användbara för analys: 121

Antal använda sidor: 21 till granskning, 13 som använts i analysen, se parentes nedan.

(49, 80, 81, 83, 87, 89, 92, 93, 112, 118, 119, 130, 131)

Huvudperson

Namn: Pebbles

Ålder vid diagnosticering: 27

Diagnos: Förlossningspsykos, scizoaffektivt syndrom

Yrke: Reklamarbetare

Yrkesstatus vid insjuknande: Mammaledig

Social status: Frånskild

Nationalitet: Svensk

Sammanfattning

Pebbles föder sitt andra barn, och sedan blir ingenting längre sig likt. Hon kastas in i vad som skulle få namnet schizoaffektivt syndrom, en psykisk sjukdom som i perioder får henne att helt tappa greppet om verkligheten. Hennes strävan att försöka fortsätta vara en bra mamma och en bra partner möter hårt motstånd från sig själv.

Titel: I morgon var jag alltid ett lejon

Författare: Arnhild Lauveng

Tryckt år: 2009

ISBN: 978-91-85705-18-4

Format: Inbunden bok

Antal sidor: 160

Antal sidor användbara för analys: 137

Antal använda sidor: 49 till granskning, 33 som använts i analysen, se parentes nedan.

(14, 17, 18, 20, 23, 28, 31, 33, 35, 44, 49, 60, 78, 79, 80, 83, 84, 87, 89, 94, 100, 109, 121, 133, 134, 144, 145, 147, 148, 150, 153, 155, 159)

Huvudperson

Namn: Arnhild

Ålder vid diagnosticering: 17 år

Diagnos: Schizofreni

Yrke: Psykolog

Yrkesstatus vid insjuknande: Studerande

Social status: Singel

Nationalitet: Norsk

Sammanfattning

Arnhild insjuknar sent i tonåren i psykosjukdomen schizofreni. Med ett omfattande självskadebeteende och imperativa röster tillbringar hon tio år inom psykiatriska kliniker och behandlingshem. Hennes styrande röst, Kaptenen, skulle komma att plåga henne i olika utsträckning under många år. Hennes dröm om att bli psykolog var det som höll henne över vattenytan, något hon sedan faktiskt klarade av. Hon förklarar sina psykoser på ett sätt som får läsaren att förstå att även om logiken synbart är borta från en person med psykos så finns den ändå där hela tiden.

Titel: Åren då jag bar skor

Författare: Julia Westlund

Tryckt år: 2009

ISBN: 978-91-86207-62-5

Format: Pocketbok

Antal sidor: 61

Antal sidor användbara för analys: 55

Antal använda sidor: 17 till granskning, 8 som använts i analysen, se parentes nedan.

(37, 39, 41, 42, 43, 44, 50, 52)

Huvudperson

Namn: Julia

Ålder vid diagnosticering: Övre tonåren (-03, -00 hade hon teaterpraktiken efter ES)

Diagnos: Schizofreni

Yrke: Arbetslös

Yrkesstatus vid insjuknande: Studerande

Social status: Singel

Nationalitet: Svensk

Sammanfattning

”Att man blir liggande om man bryter benet är helt självklart. Att få halsfluss och ta läkemedel mot det är inte alls något märkvärdigt. Att få diagnosen schizofreni är fortfarande något man inte gärna talar högt om.”

Julia berättar om sin tid som utsatt barn och det gradvisa insjuknandet i schizofreni. Hon beskriver hur livet försvåras av sin dåliga självkänsla och sin allvarliga sjukdom, hur hon har svårt att hålla relationer och hur hon bollas fram och tillbaka mellan olika vårdgivare.

Titel: När frosten kom innanför min hud : En självbiografi om psykos

Författare: Caroline Erica Åström

Tryckt år: 2013

ISBN: 978-91-74379-96-9

Format: Pocketbok

Antal sidor: 243

Antal sidor användbara för analys: 237

Antal använda sidor: 40 till granskning, 29 till som använts i analysen, se parentes nedan.

(12, 31, 35, 39, 52, 55, 57, 75, 84, 85, 86, 87, 94, 97, 105, 112, 114, 119, 133, 134, 141, 159, 172, 175, 179, 185, 190, 232, 233)

Huvudperson

Namn: Caroline

Ålder vid diagnosticering: 21

Diagnos: Psykos och depression

Yrke: Diversearbetare

Yrkesstatus vid insjuknande: Arbetande

Social status: Singel

Nationalitet: Svensk

Sammanfattning

Rösterna gör plötslig entré i Carolines liv en natt på Öland. Först verkar de vara snälla och ha en vilja att hjälpa henne, men snart står det klart att de bara är ute efter att förstöra för henne. Den dominerande rösten, Johan, är en kille hon träffade efter en fest i Lund, en fest hon inte har något minne av hur den slutade. Svart magi och flera besök hos medium hjälper inte, och hon söker vård på psykiatriakuten, rösternas uppmaning till trots.