



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Att leva med ångestsyndrom

- En kvalitativ litteraturstudie baserad på patografier

Belma Jahic

Jennifer Karlsson

Handledare: Peter Anderberg

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona januari 2019

Att leva med ångestsyndrom

Belma Jahic

Jennifer Karlsson

Sammanfattning

Bakgrund: Var tredje kvinna och var femte man drabbas någon gång i livet av ångestsyndrom. Ångest är en upplevelse av rädsla, upprördhet, spänningar, olust samt starkt obehag. Orsakerna till ångest utgår ifrån olika faktorer, det finns fyra olika orsaksfaktorer: de genetiska, kroppsliga, psykologiska och sociokulturella. Det är inte många som söker vård för sin ångest utan oftast för bröstsmärtor, hjärtklappningar och magsmärtor. Vid utvärdering av en patient för misstänkt ångestsyndrom är det viktigt att sjuksköterskan undantar medicinska åtgärderna och istället lägger fram egenvårdsråd till den drabbade.

Syfte: Syftet med studien var att belysa vuxna personers upplevelser av att leva med ångestsyndrom.

Metod: Det är en kvalitativ litteraturstudie baserad på tre patografier skrivna på svenska. Dessa analyserades enligt Graneheim och Lundmans tydningar av innehållsanalys.

Resultat: Innehållsanalysen gav resultat på sex kategorier; ”Att begränsas i vardagen”, ”Rädslor som vuxit fram tillsammans med ångesten”, ”Svårt att kontrollera oönskade känslor och tankar”, ”Att ångesten ger fysiska symtom”, ”Känna skam som bedrivs av ångesten” och ”Behov av att fly från ångesten”.

Slutsats: Personernas vardag präglades av ångesten på så sätt att de upplevde isolering från omvärlden samt fick ångest inför att göra något obehagligt, något som resterande personer inte hade upplevt lika obehagligt. Även de fysiska symtomen förekom under ångestperioden. I studien framkom det fler och djupare upplevelser och förekomna fysiska symtom än vad som hittats i tidigare forskning

Nyckelord: Upplevelse, tankar, personcentrerad vård.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Ångestsyndrom	5
Orsaker till ångestsyndrom	6
Symtom vid ångestsyndrom	8
Behandling vid ångestsyndrom	8
Upplevelse av ångestsyndrom	10
Sjuksköterskans roll vid mötet av människor med ångestsyndrom	10
Problematisering	12
Syfte	12
Metod	12
Design	12
Urval	13
Datainsamling	13
Dataanalys	13
Etiska överväganden	14
Resultat	15
Att begränsas i vardagen	15
Rädslor som vuxit fram tillsammans med ångesten	18
Svårt att kontrollera oönskade känslor och tankar	19
Att ångesten ger fysiska symtom	20
Känna skam som bedrivs av ångesten	22
Behov av att fly från ångesten	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	27

Självständighet	30
Slutsats	30
Referenslista	32
Bilaga 1 Databassökningar	34
Bilaga 2 Presentation av patografierna	35
Bilaga 3 Meningsenheter	36

Inledning

Ångeststörningarna framkommer vanligast vid medelåldern och majoriteten som drabbas är kvinnor (Bandelow & Michaelis, 2015). Mellan 1990 och 2013 ökade antalet personer som lider av ångestsyndrom med nästan 50%, från 416 miljoner till 615 miljoner (World Health Organisation [WHO], 2018). Författarna i studien beskriver en händelse som gav uppmärksamheten kring ämnet ångest: *Händelse: Ambulans anländer när en person har bröstsmärtor och andningsbesvär. EKG ger svar på regelbunden rytm och de vitala parametrarna är utan anmärkning. Bedömningen förblir ”bara är en ångestattack på grund av stress”. Den drabbades upplevelse var att sjukvårdspersonal inte tog situationen på största allvar.*

De drabbades upplevelser kring ångest uppmärksammas inte likvärdigt som somatiska ohälsotillstånd, vilket resulterar till att det psykiska ohälsotillståndet blir nedtystat. Världshälsoorganisationen (2018) menar att det måste hittas nya sätt att se till att tillgången till psykiatriska tjänster blir en verklighet för alla män, kvinnor och barn, vart de än bor (ibid). I sjuksköterskans kompetensbeskrivning presenterar att sjuksköterska ska kunna bedöma patientens hälsotillstånd genom såväl patientens subjektiva upplevelser som objektiva data (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En ökad kunskap kring upplevelser av ångestsyndrom kan resultera till bättre vård för de drabbade samt en lämpligare personcentrerad vård.

Bakgrund

Ångestsyndrom

Var tredje kvinna och var femte man drabbas någon gång i livet av ångestsyndrom (Hjärnfonden, 2015). Det innebär att kvinnorna är den dominerande köngruppen som får ångestsyndrom, oftast vid medelåldern (Ottosson, 2015). Begreppet ångest kommer från det latinska språket *angor* och *anxietas* som betyder ångest, ängslan samt beklämdhet (Ottosson & Delia, 2008). Det är inte många som söker vård för sin ångest utan oftast för bröstsmärtor, hjärtklappningar och magsmärtor (Hjärnfonden, 2015). Ångest förekommer i vanliga fall inför ett prov eller vid dåligt samvete för att ha sårat någon (Ottosson & Delia 2008). Ångestsyndrom är däremot för det mesta ett livslångt tillstånd som har ett skiftande förlopp (Sjöström & Skärsäter, 2014). Ångestsyndrom uppträder ofta ihop med andra psykiska sjukdomar där ångest framkommer (ibid.). Ångesten utgör, att trots inget tydligt yttre hot

finns, förekommer ändå ängslighet över det (Levander, 2008a). Denna ångest ter sig plågsamt med förstärkt ångest minst varannan dag. Den drabbades förnuft påverkas starkt och bidrar till överanalyserande tankar samt rädslor. Exempel på vad den drabbade kan bekymra sig över är: att bli rånad och våldtagen, livsmedel i affären är smittat, att kärnkraftverk som finns i omgivningen exploderar. Sådana rädslor bidrar till en stor svårighet i livet, när inte ens den drabbades förnuft finns närvarande för att hjälpa (ibid.).

Orsaker till ångestsyndrom

De fobiska drag som förekommer riskerar att ångesten missbedöms till en personlighetsstörning istället för ett ohälsotillstånd (Ottosson & Ottosson, 2007a). Det är viktigt att sjuksköterskan under vårdandet av orsaken till ångest, har kunskap om medicinsk vetenskap och beteendevetenskap av relevans för patientens omvårdnad (Bergbom, 2013). Eftersom att sjuksköterskans kompetensbeskrivning innehåller krav på medicinsk kunskap, är det viktigt att sjuksköterskan undantar de medicinska tillstånden som har liknande presentationer då det kan likna t.ex. endokrina tillstånd (Locke, Kirst & Shultz, 2015). Detta för att inte få fel uppfattning om ohälsotillstånd (ibid.). Ångesten kan även förekomma efter att den drabbade haft somatiska sjukdomar då det blir svårt att upprätthålla kontrollen över sin egen kropp och liv (ibid.). Orsakerna beskrivs också utifrån olika faktorer som den drabbade varit med om eller tillhör (Levander, 2008a). Det finns fyra olika orsaksfaktorer: de genetiska, kroppsliga, psykologiska och sociokulturella (ibid.).

Genetiska faktorer

De ärftliga anlagen har betydelse för uppkomsten vid psykisk ohälsa (Levander, 2008a). Däremot är genetiken inom psykiatrin inte lika enkel som arvs gången för exempelvis ögonfärg. Genetikorsaken är även beroende av den drabbades miljöpåverkan (ibid.). I personligheten visar det sig att det finns vissa drag av ängslighet, kritikkänslighet, låg självkänsla samt aggressionshämning. Sjuksköterskan bör känna igen dessa drag för att underlätta omvårdnaden vid ångestsyndrom (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En del personer kan känna sig löjliga och moraliskt sämre medan andra individer kan ha höga moraliska krav och starka plikt känslor (Ottosson & Ottosson, 2007a). Enligt studie är 23 % av ångestsyndromfallen orsakade av genetiska faktorer, resterande procent utgår från unika miljöfaktorer (Gottschalk & Domschke, 2017). Som ärftlig bärare av ångestsyndrom finns det 30 % risk att det överförs genetiskt (ibid.).

Kroppsliga faktorer

De kroppsliga faktorerna kan orsaka ångest vid traumatiska händelser, exempelvis fysikalisk påverkan av hjärnan (ex. cirkulationsstörningar, tumörer), infektioner, toxisk påverkan (t.ex. alkoholintag, narkotika, läkemedel) (Levander, 2008a). Detta är något sjuksköterskan kan ställa frågor kring och därav bemöta för att vårda ångestillståndet personcentrerat (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Även förhöjd produktion av sköldkörtelhormon kan orsaka ångest. Hjärnans tillstånd vid hastiga förändrade kemiska tillstånd (t.ex. för hög promillehalt av alkohol), olika typer av bristtillstånd (t.ex. svält, alkoholism, syre, druvsocker, brist på sköldkörtelhormon under fosterlivet) samt biologisk stress är fler möjliga orsaker. Annan biologisk stress kan vara situationer som den drabbade utsätts för som ger stora påfrestningar. Detta kan vara en utlösande faktor för psykisk ohälsa (ibid.). Genom att sjuksköterskan lyssnar på patientens bakgrund hjälper det att få en förståelse för dennes livsvärld och kan därmed tillämpa en personcentrerad vård som kan gynna vårdandet av ångesten (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Psykologiska faktorer

I de psykologiska faktorerna som orsakar ångestsyndrom ingår det en del belastningsfaktorer (Levander, 2008a). Detta kan vara konflikter den drabbade hamnat i, att bli kränkt, frustration med besvikelser, en del sorger och förluster. Som helhet går det att beskriva detta som de motgångar som den drabbade varit med om samt svårigheter och psykologiska stressfaktorer. Belastningar som sträckt sig över en längre tid kan innebära överkrav och överstimulering. Även social isolering kan bidra till ångestsyndrom. För många av de som drabbas av ångestsyndrom har tidiga barnupplevelser en stor betydelse vid uppkomsten av ångest. Personer som står den drabbade nära, exempelvis föräldrar eller syskon som är emotionellt betydelsefulla personer, kan utgöra ett mönster på hur ångestsyndromet uppkommit (ibid.). De traumatiska händelserna som förekommer som barn, kan påverka den vuxna personens psykiska hälsa och därmed utveckla ångestsyndrom (Gottschalk & Domschke, 2017). Vid bemötandet av personer med ångestsyndrom, ska sjuksköterskan utgå från ett personcentrerat förhållningssätt och utgå från att alla individer har sin egna, unika bakgrund och livsvärld (McCance & McCormack, 2013). Detta eftersom att de drabbade upplever ångest över att behöva påminnas om traumatiska händelser (Gottschalk & Domschke, 2017).

Sociokulturella faktorer

De sociokulturella faktorerna menar att individen i stor utsträckning utvecklas och formas av de sociala erfarenheterna (Levander, 2008a). Eftersom att det finns ett behov för varje individ att få känna sin plats i en social rangordning, skapas bland annat socialt tryck där majoritet i en grupp nyttjar sin högre rangordning mot minoriteten. Genom att tillhöra denna minoritet finns större risk att drabbas av psykisk ohälsa (ibid.). Som sjuksköterska ska enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) förhålla sig till en humanistisk människosyn och därav ha kunskap om betydelsen av de sociokulturella faktorerna för individens möjlighet till en personcentrerad och jämlik vård. Enligt Bandelow & Michaelis (2015) finns inga tecken på att förekomsten av ångeststörningar har förändrats under de senaste åren.

Symtom vid ångestsyndrom

De symtom som uppenbarar sig vid ångest är överdrivna oros känslor, starka rädslor, helspänn, koncentrationssvårigheter, irritabilitet och sömnsvårigheter (Levander, 2008b). Sömlösheten kan också leda till ett nytt symtom, uttrötthet (ibid.). Dessa symtom ska ha framträtt i flera dagar i minst sex månader (Ottosson, 2015). Det finns två kärnsymtom som framträder vid ångestsyndrom som har oskarpa gränser till kraftlöshet; nämligen trötthet och irritabilitet. En ökad tonus i skallens muskler är orsaken till den typiska spänningshuvudvärken som förekommer vid ångest. Den drabbade visar även symtom som bidrar till en obalans i det autonoma nervsystemet. Dessa är hjärklappningar, svettning, illamående, uppkördhetskänsla samt diarréer (ibid.). Oron bidrar också till att den drabbade enkelt blir rastlös (Sjöström & Skärsäter, 2014). Det är viktigt att sjuksköterskan känner till dessa symtom och har kunskap kring omvårdnad och medicinsk vetenskap för att kunna identifiera ångestsyndrom (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En del andra ohälsotillstånd ger likadana fysiska symtom som vid ångestsyndrom. Dessutom har sjuksköterskan ansvar för att hålla sig uppdaterad med kunskapsutvecklingen inom sin profession (ibid.).

Behandling vid ångestsyndrom

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi är en kombination av kognitiv psykoterapi och beteendeterapi (Socialstyrelsen, 2018). KBT är samlingsnamnet för kognitiv beteendeterapi och innebär att den drabbade tränar på att använda sig utav nya tankemönster och beteenden som kan minska de psykologiska problemen, således ångest (ibid.). Denna typ av terapi kan genomföras till

flera målgrupper samt implementera till individer, par och grupper (Ottosson & Delia, 2008). Syftet med KBT är att ersätta de tankar, känslor samt beteenden som ångesten orsakar. Det kan leda till att symtomen för ångest minskar eller förebygger mot de aktuella känslorna, tankar och beteenden som förekommer. Kognitiv beteendeterapi baseras på inlärningsteori som rör sig om mänskliga beteenden som bildas i samspel med miljön. Kognitiv teori tar beslut på hur tankar påverkar människors känslor samt beteende. Ångest kan lindras genom att den drabbade upptäcker samt omprövar sina tankar om de negativa händelserna, samt upptäcka sin egna oförmåga att möta dem (ibid.). Hemuppgifter är en stor del av behandlingen, där nya synsätt testas och följs upp (Socialstyrelsen, 2018).

Farmakologiska behandlingar

Läkemedel som används mycket för ångest tillhör gruppen antidepressiva (Ottosson & Delia, 2008). Anledningen till detta är för att depression oftast är förenad med ångest. Dessutom har de antidepressiva en god effekt mot ångestsyndrom (ibid.). Enligt Bandelow et al. (2013) används dessa antidepressiva preparaten selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och Serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) vid behandling av ångestsyndrom. SSRI och SNRI verkar genom att höja serotonin- och/ eller noradrenalinivåerna i hjärnan utan att påverka de andra ämnen som är viktiga för hjärnans normala funktion (ibid.). Bensodiazepiner är ett preparat som länge varit dominerande bland de ångestdämpande medlen (Ottosson & Ottosson, 2007b). På senaste tiden har det blivit tydligare att antidepressiva läkemedel är mer effektiva mot ångestrelaterade ohälsotillstånd. Detta för att bensodiazepiner är beroendeframkallande. Vården möts idag av patienter som inte vill sluta med sina bensodiazepiner eftersom att de hunnit bli beroende av dessa. Vid kortvarig behandling och föreskrivna doser, är risken för beroende försumbar (ibid.). Sjuksköterskan ska utifrån sin medicinska kompetens informera om läkemedlet och dess biverkningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Som sjuksköterska ska omvårdnaden även utföras evidensbaserat samt kritiskt reflektera över befintliga rutiner. Detta görs främst genom att involvera den drabbade i sin vård (ibid.).

Egenvård

Egenvård är den åtgärd som görs i patientens egna miljö, antingen som en hemuppgift i en behandling eller på egen hand (Ottosson & Delia, 2008). Vid utvärdering av en patient för misstänkt ångestsyndrom är det viktigt att sjuksköterskan bortser de medicinska åtgärderna och istället lägger fram egenvårdsråd till den drabbade (Locke, Kirst & Shultz, 2015). Enligt

sjuusköterskans kompetensbeskrivning ska det finnas ett engagemang för att stödja egenvård för patienten (Svensk sjuusköterskeförening, 2017). Som förutsättning för att lyckas utföra en god vård ska sjuusköterskan utgå ifrån patientens individuella behov (ibid). Det som är viktigt för att människor ska kunna bibehålla hälsa, är sömn, vila, fysisk motion samt regelbundna matvanor (Ottosson & Delia, 2008). Detta är de fysiologiska förutsättningar för det psykiska välbefinnandet (ibid.). Fysisk aktivitet kan minska de symtom som förekommer vid ångestsyndrom (Locke, Kirst & Shultz, 2015). Vid fysisk aktivitet frisätts kroppens egna lugnande substansen endorfin, vilket ökar välbefinnande samt gör det lättare att somna in och därav sova djupt (Ottosson & Delia, 2008). Genom att skriva ner tankar och tanke-fällor kan det göra det lättare för den drabbade med ångestsyndrom att upptäcka återkommande mönster av situationer. Det kan vara allt från känslor, tankar och beteende. Dock kan det kännas smärtsamt att förstå och komma till obehagliga insikter (ibid).

Upplevelser av ångestsyndrom

Ångest är en upplevelse av rädsla, upprördhet, spänningar, olust samt starkt obehag (Ottosson & Ottosson, 2007c). Tankarna som framträder är att något fruktansvärt kommer att hända, vilket därefter kan upplevas som att man dör (ibid.). Upplevelsen av ångest i kroppen är som en uppladdning av ett inre övertryck (Ottosson & Delia, 2008). Ångest kan upplevas som att det är trångt i bröstet, andningen känns tung samt upplevelsen att hålla på att kvävas. Det blir en obalans i det autonoma nervsystemet när patienten upplever obehagliga situationer och hjärtat slår hårt och ojämnt. Delar av hjärnan svarar på känslor samt förnuft, dessa är inte strikt skilda under upplevelsen. Därför kan ångest styra förnuftet i fel cirklar, men det kan också bli tvärtom att förnuftet kan påverka ångesten till bra cirklar (ibid.). Enligt Sjöström och Skärsäter (2014) kan ångest vara svårt för patienten att förstå, varför ångesten kan väcka svåra känslor. Ångesten upplevs som skrämmande och oförståelig, samt medföra en känsla av kaos (ibid.)

Sjuusköterskans roll vid mötet av människor med ångestsyndrom

Bemötandet är en viktig del vid behandling av ångestsyndrom (Ottosson & Ottosson, 2007d). Ett gott bemötande gör det möjligt att samtalet genomgår och utvärderas med en positiv inställning. Dessutom ger det potential till att ytterligare samtal med den drabbade blir av. Genom ett tryggt och sansat beteende skapas en lugnande och vänlig dialog. I samtalet ska sjuusköterska anpassa sig utifrån ett rätt tonfall, kontakt och visa ett intresse till det som

patienten berättar. Det som patienten berättar ska sjuksköterska bemöta utifrån patientens egna tankar och känslor, och sedan därefter formulera en skraddarsydd diskussion. Därav uppnår sjuksköterska att skapa en terapeutisk allians med patienten. Effekten av en terapeutisk allians är väsentlig för patientens trygghet och långsiktig behandling. En sådan faktor skapar förutsättningar för mer specifika behandlingsinsatser senare. För att uppnå en terapeutisk allians krävs det en enighet mellan patient och sjuksköterska gällande förståelsen av behandlingsmålen (ibid). En skraddarsydd metod påverkar behandlingen positivt genom att den genomförs enligt patientens behov och egenskaper (Titov et al., 2015). Skraddarsytt tillvägagångssätt vid samtal, bevisade en överlägsen kontrollvillkor över flera åtgärder av ångest och livskvalitet (ibid.). Ett känslomässigt band mellan patient och sjuksköterska kommer uppstå vid dessa typer av samtal (Ottosson & Ottosson, 2007). Därför behöver sjuksköterska ha den empatiska förmågan gentemot den drabbade, samt visa engagemang för behandlingsmålen. Genom att tillsammans, med delaktighet från patienten, diskutera fram behandling och mål, frambringas personcentrerad vård (ibid.).

Personcentrerad vård

Den personcentrerade omvårdnaden används i praktiken för sjuksköterskor som ska arbeta på personnivå (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). En personcentrerad vård har som syfte att omfamna vad som är viktigast i patienternas liv, exempelvis individens värderingar (McCance och McCormack, 2013). Detta innebär att personen under hela sin vårdprocess ska vara i centrum för sin vård. För att lyckas arbeta personcentrerat ska sjuksköterskan finna ett engagemang för personens bästa möjliga vård, där varje individ har eget tänkande, sin egna bakgrundshistoria, värderingar och behov. För att uppnå detta gäller det att personen är delaktig i sin vård och har ett självbestämmande. Med en god och öppen kommunikation där flera möjligheter finns för individen kan autonomi främjas i vårdarbetet. Kommunikationen ska också ha ett engagemang som därav uppskattar individens unika egenskaper och värde, detta speglar då kvaliteten på relationen mellan sjuksköterska och vårdtagare. Det förväntade resultatet av den personcentrerade vården är att vårdtagaren ska känna välbefinnande och skapandet av en terapeutisk miljö (ibid.).

Problematisering

I en studie undersöktes det hur många personer som identifieras med psykisk ohälsa bland allmänsjuksköterskor (McCombe, Fogarty och Swan, 2018). I studien framkom det att bland 74 261 patienter som deltog, identifierades endast 14 143 att de drabbats av någon form av psykisk ohälsa. Detta innebär att endast 19,1% av fallen blir identifierbara för psykisk ohälsa (ibid.). Graden på missade diagnoser samt feldiagnoser av ångestsjukdomar är höga (Locke, Kirst & Shultz, 2015). Delvis på grund av att det fokuseras på de fysiska symtomen som orsakar ohälsotillståndet. De fysiska symtomen väckte större intresse för sjuksköterskorna än det psykiska måendet. Därav ställde inte sjuksköterskan frågor kring det psykiska utan ville istället veta om kring det fysiska måendet. Upplevelser som förekommer under ångestsyndrom är lika väsentliga att sjuksköterskan bemöter så som de fysiska symtomen (ibid.). Genom att upplysa de vuxna personers upplevelse av att leva med ångestsyndrom, möjliggör det att fler allmänsjuksköterskor får kunskap och förståelse för att kunna identifiera och vårda på ett personcentrerat sätt.

Syfte

Syftet var att belysa vuxna personers upplevelser av att leva med ångestsyndrom.

Metod

Design

För att syftet skulle kunna besvaras så trovärdigt som möjligt, användes det en kvalitativ design baserad på litteraturstudie med patografier. Kvalitativ forskning har som syfte att utforska tankar och idéer som fördjupas successivt, en teori kan växa fram och informationen ska gå in på djupet (Olsson & Sörensen, 2011a). Kvalitativ forskning har som utgångspunkt att människans verklighetsuppfattning är personlig (Kristensson, 2017). Denna sortens forskning används oftast för att granska människors upplevelse (ibid.). Den kvalitativa insamlingsmetoder som används är skrivna berättelser, det vill säga, självbiografier eller patografier. I personberättelserna ska informationen vara så klar och tydlig som möjligt, så det inte blir några missförstånd (ibid.). I den kvalitativa designen ska företeelser upptäckas samt tolkas för att kunna förstå innebörden av livsvärlden och upplevelser (Patel & Davidson, 2011). Detta ska, enligt kvalitativ ansats, ge svar på en djupare kunskap genom att oftast

arbeta med textmaterial (ibid.). Den kvalitativ design valdes för att den är relevant när studien utgår från patografier, som därefter kan besvara syftet som kräver ett djupare svar.

Urval

De inklusionskriterier för materialet var svenskskrivna självbiografier, skrivna av vuxna personen från 18 år och uppåt. Även båda könen inkluderades för att få ett bredare resultat som senare kommer att inkludera fler personer. Det var viktigt att böckerna skrevs av de drabbade individerna för att inte felaktiga tolkningar skulle förekomma. Anledningen till att svenska patografier var ett kriterium var för att inte behöva översätta och riskera ytterligare tolkningar. Det årtalet som var ett inklusionskriterium var 2015 och framåt för att belysa de senaste drabbade personers upplevelse och livsvärld som liknar samhället idag. Ett annat inklusionskriterium var handlingen där ångest var i fokus, som därav skapade upplevelser, känslor och tankar som var lämpligast att belysa utifrån studiens syfte.

Datansamling

Patografier söktes fram genom Libris. Libris är en nationell sökmotor som innehåller cirka tio miljoner publicerade titlar (Libris, 2018). För att finna de patografier som besvarade syftet, användes sökorden: psykisk ohälsa ångest, ångest självbiografier, panikattack, leva med ångest och oro. Dessa gav träffar som kunde nyttjas i studien. Psykisk ohälsa, ångest* gav 31 träffar som var böcker men ingen av de var relevanta. Därefter söktes ångest självbiografier* där det uppkom 10 träffar, endast en var relevant för studien och urvalet. Alltså exkluderades 9 böcker och 1 inkluderades. Sökord panikattack* resulterade till 13 träffar som var böcker, 12 exkluderades och 1 av de inkluderades. Leva med ångest* gav 10 olika resultat där enbart 1 bok var relevant och inkluderades i studien. I sökordet Psykisk ohälsa, självbiografi* uppkom det 15 resultat därav 1 böckerna var samma bok som hade valts från tidigare sökning. Därmed gjordes ingen åtgärd från denna sökning förutom att 14 böcker exkluderades. Sammanlagt har tre böcker inkluderats och 53 exkluderats vid datansamlingen. Se bilaga 1.

Dataanalys

För att kunna besvara syftet i studien har en manifest innehållsanalys använts, denna utifrån Graneheim och Lundman (2004). Detta innebär att innehållet är så textnära som möjligt för att kunna undvika tolkningar så mycket det går (ibid.). För att uppehålla ett textnära material

utfördes fyra olika steg i innehållsanalysen. Det första steget var att meningar som ansågs vara relevanta för studiens syfte, valdes. Därefter kondenserades dessa meningar till kortare för att få fram kärnan i meningarna, dvs. tankar och känslor som uppfyller svaret på syftet. När detta hade gjorts, skapades en kod utifrån det ämnet som har belysts. Denna kod kan vara ett relevant fenomen, kännetecken eller uppenbarelse ur meningsenheten. Utifrån de olika koderna formulerades därefter kategorier som sammanfattade flera. Detta innebär att kategorierna blev färre än vad meningsenheterna var från början och därav blev kategorierna huvudrubriker till resultatet som besvarade syftet koder.

De tre böckerna som valdes, lästes sammanlagt tre gånger. Första gången för att få en helhet kring personerna och hela handlingen. Därefter gjorde en genomgång av böckerna och det togs ut meningsenheter. Tredje genomgången av varje bok säkerställde att alla meningsenheter som besvarade syftet kom med. Se bilaga 2.

Etiska överväganden

Vid användning av registeruppgifter inom forskning krävs det att det följs en del rättsregler som gör denna laglig (World Medical Association, 2013). Grundläggande dokumentet för etiska riktlinjer är *Helsingforsdeklarationen*. Viktiga synpunkter som lyfts fram i deklarationen är att forskaren ska vara väl kunnig i det aktuella området och kompetent. Forskningen ska kunna gynnsamt motivera risk- och vinstbedömning. Det innebär att vetenskapen skall vara hållbar och den ska utveckla kunskap som är viktig. Risker samt obehag för försökspersoner måste vägas mot den förväntade vinsten av forskningen (Olsson & Sörensen, 2011b).

Autonomiprincipen innebär att respektera andra personers förmåga till autonomi och integritet. Detta innebär att forskaren bör ta stor hänsyn till olika personers möjlighet till självbestämmande. De böcker som används i denna studien för att besvara syftet har författarna själva valt att publicera offentligt. Detta innebär att deras godkännande finns parallellt med att de har publicerat det. Däremot är författarna helt ovetandes om att deras självbiografier har använts för att göra en studie med syfte som valts av intresse. Det har inte tagits någon kontakt med författarna och bitt om lov att använda informationen i deras böcker för studien. Godhetsprincipen beskriver att var och en ska göra gott i sin forskning och att utgångspunkten är en strävan för att göra gott. Detta görs genom att så effektivt och

tillförlitligt som möjligt komma fram till ny och väsentlig kunskap, i syfte för att förbättra behandling, diagnostik samt omvårdnaden (Olsson & Sörensen, 2011b). Böckerna användes till ett syfte som ska göra något bra och berika förståelsen för hur personer med ångestsyndrom upplever vardagen. Detta ska resultera i att allmänna sjuksköterskor kan känna igen de symtom som förekommer och därav ge en bättre omvårdnad samt ökad kvalitén i vården, ihop med den personcentrerade vården.

Resultat

Sex kategorier har tagits fram ur innehållsanalysen. Kategorierna som presenteras nedan är: ”Att begränsas i vardagen”, ”Rädslor som vuxit fram tillsammans med ångesten”, ”Svårt att kontrollera oönskade känslor och tankar”, ”Att ångesten ger fysiska symtom”, ”Känna skam över ångesten” och ”Behov av att fly från ångesten”. Se bilaga 3.



Att begränsas i vardagen

Upplevelsen av ångesten i vardagen är att den aldrig riktigt släpper greppet. Ångesten fanns bara där, ibland på morgnarna, ibland på kvällarna, ibland i dagar eller till och med månader. Personerna beskriver att ångesten finns där varje dag. Vissa dagar är ångesten bättre, andra dagar är ångesten så stark att den upplevs som att de ska dö (Forslund, 2016; Lindgren, 2016). I studien framkom det att ångest uppkom mycket i de sociala sammanhangen. Därav förekom tankar om att inte vara tillräckligt bra nog. Vid sena kvällar upplevdes ångesten mer jobbig då alla tankar om vad som möjligtvis gjordes fel under dagen uppstod. Detaljer som kan ältas sönder under kvällarna, så som att känna pinsamhet under något som sades på en

middag för längesedan eller ett mejl som inte blivit besvarat. Dagarna upplevdes väldigt gråa (Forni, 2016).

För mig handlade det om att endera vara i den svarta mardrömsvärlden, där varje liten rörelse i kroppen var ett förebud om min död, och känna att jag aldrig kommer ur detta helvetiska tillstånd- eller bra dagar då ångesten var så avlägsen att jag trodde mig vara botad för alltid. (Forslund, 2016, s. 10)

Genom att drabbas av ångest kändes det omöjligt att inte kunna vara på offentlig plats samt i sociala sammanhang. Detta bidrog till personerna istället förblev instängda hemma under ångestens gång. Den sociala sammanhangen ledde till oerhörd stress och tankar på att samtalsämnen ska dyka upp som inte går att hantera. Studien visar upplevelsen att vara isolerad, instängd och se på TV hur resten av världen snurrade på som vanligt, vilken gav ytterligare mer ångest. Nyheterna var fruktansvärt ångesttriggande vilket bidrog till att personerna inte tittade på nyheter. Genom att ibland inte må så bra, på grund av ångestsyndrom, resulterade det i att personer aldrig fick uppleva att ta emot pris när de vunnit Awards eller fotograferas med sina fans. Det ansågs vara en stor bedrift att faktiskt orka duscha och hänga tvätt samma dag. Till och med att gå utanför sin bostad upplevdes jobbigt i vardagen. Detta ledde till att dagar gick ut på att mestadels sova hemma eller gå runt i lägenheten. Under tiden som personerna var sjukskrivna gjorde de ingenting annat än att sitta hemma på dagarna, i förhoppning om att vänta ut ångestproblematiken samt de sänkta grundstämningarna som diagnostiserats ihop med ångestsyndromet. Det var till och med svårt att sysselsätta sig på grund av koncentrationssvårigheten och den nedsatta mentala uthålligheten. Inte ens saker som tidigare hade intresserat personerna, var längre roliga att ägna sin tid åt. Träffa vänner var inte längre roligt, istället blev det en uppgift lika stor som ett berg att bestiga. Detta bidrog till att personerna satte upp regler och riktlinjer för sig själva. Regler som ”jag kan inte” handla mat ensam, inte promenera långt, får inte bli yr och så vidare (Lindgren, 2016).

Inte bara för att man på nyheterna ser och hör om människor som lever i misär och om krig och död, utan också för att jag fick ångest av att se hur resten av världen snurrade på som vanligt i full fart medan jag satt isolerad, utmattad och ångestladdad hemma på mina femtiotre kvadratmeter. (Lindgren, 2016, s. 19)

Gällande att leverera i jobbsammanhang, bidrog detta till mycket ångest över att behöva prestera bäst av alla (Lindgren,2016; Forni, 2016). Studien påvisar att ångesten förekom inför precis allt. Personerna upplevde att det är svårt att behöva gå till jobbet, träffa vänner och familj, fick ångest inför att köra bil, välja kläder, gå och handla samt inför hela framtiden. I studien framgick det att det har testats flera olika metoder, men där ingen av dessa hjälpte. Istället upplevdes endast känslor om en mörk och ångestfylld person, i följd med att det skulle få leva med detta för resten av sitt liv (Lindgren, 2016).

Det känns som att jag har sprungit i nio kilometer och ramlat bara en ynka kilometer från att klara milen. Jag orkar inte springa en sekund till. Jag önskar att någon förstod. (Forni, 2016, s. 130)

Oavsett hur mycket personerna än försökte att hantera ångesten, återgick det ändå alltid till tvivel, negativ energi och tankar så som ”Jag klarar inte av det här”. Vissa dagar kände sig personerna särskilt avskärmade från världen under sin sjukskrivning, vilket resulterade i att de låg på soffan och stirrade ut genom fönstret hela dagen (Forni, 2016; Lindgren, 2016). Personernas vardag förändrade även på så sätt att vännerna i deras omgivning inte ville umgås med de drabbade som endast låg hemma och stirrade in i väggen hela dagarna. De drabbade fick ingen hjälp från sina vänner kring sina ångestbesvär då personerna framstod som tråkiga och utmattade. Ett annat sätt som vardagen präglades av, på grund av ångesten, är att det förblev omöjligt för personerna att omges av andra människor, åka kollektiv trafik eller bara vistas i samma rum som två andra personer. Under hela ångestperioden var personerna mycket på sin vakt och ägnade dagarna åt att leta efter saker som kan gå fel, så kallade katastroftankar (Lindgren, 2016). Det förekom i studien att vissa småsaker i vardagen gjorde större skillnad för de drabbade gentemot deras partners. De upplevde situationer som skakande och kraftigt ångestladdade, medan andra i deras omgivning knappt minns dem (Forni, 2016; Lindgren, 2016).

Att orka sätta på sig ett leende, borsta håret och klä sig för att sedan spela ”normal” tog all energi och gjorde mig utmattad i flera dagar efteråt. (Lindgren, 2016, s. 101)

Rädslor som vuxit fram tillsammans med ångesten

Denna kategori uppkom då personer som lever med ångestsyndrom, dessutom upplevde rädslor i sin ångest. Rädslorna kunde förekomma direkt på morgonen eller under dagen (Forslund, 2016; Forni, 2016; Lindgren, 2016). Bland annat beskrivs det att vissa morgnar, redan vid uppvaknandet gav skön och glad känsla i kroppen, men som snabbt kunde vända till en döds känsla. Tankar som ”du kommer att dö” uppkom redan då och resulterade till ännu en dag med ångest (Forslund, 2016). Personerna upplevde även en rädsla för döden och sjukdom. Denna rädsla förekom som överdriven, tillräckligt överdriven för att ångesten kunde uppföra sig liknande en stroke. Rädsla för att göra bort sig förekom flertal gånger under ångestperioden (Forslund, 2016; Lindgren, 2016). Personerna upplevde rädsla över att vara otillräckliga samt aldrig passa in i samhället. Framförallt förekom det rädsla kring sina partners (Lindgren, 2016; Forni, 2016).

” Jag är så rädd för att han ska lämna mig. (...) Det känns för bra för att vara sant så jag bygger små fantasier i hjärnan där han är otrogen, lämnar mig eller förstör allt ” (Forni, 2016, s. 158).

Rädslorna uppkom när det stötte på den nuvarande partners före detta flickvän. Tankar om att han hade det bättre med henne, älskat henne mer och tyckte hon var roligare tog över. Dessa rädslor övergick senare till en större rädsla om att bli lämnad på grund av känslan att inte räcka till (Forni, 2016). Annan rädsla som beskrivs är att inte göra sina föräldrar besvikna, samt att inte vara bra nog för sina vänner och riskera upplevas som konstig. Ibland tedde sig rädslan så starkt att personer till och med var rädda att deras terapeut skulle döma dem. Detta bidrog till en konstant rädsla om att någon annan skulle få reda på att personerna lider utav ångestsyndrom (Lindgren, 2016).

” Men jag föreställde mig att ingen skulle förstå. Inte för att jag har empatilösa föräldrar och vänner, men jag kunde bara anta att de levde med samma fördomar som jag. ” (Lindgren, 2016, s. 38).

Förvirringen och rädslan för ångesten gjorde att det var svårt att vara kvar på jobbet, istället användes ursäkter så som att känna sig sjuk och därav kvarstannade ångestsyndromet hemligt för även arbetskollegor. Genom att få diagnosen ångestsyndrom framkom det rädslor kring

sjukhus och vårdandet efter att blivit psykiskt sjuk. Rädslorna handlade om att den psykiatriska sjukvården verkade läskig (Lindgren, 2016).

”Jag trodde seriöst att han skulle be sköterskorna att sätta på mig en tvångströja, spänna fast mig på en bår och rulla in mig i en isolerad cell med vadderade väggar ” (Lindgren, 2016, s. 15).

Med ångesten växte fram rädslor för sitt egna ohälsotillstånd, ångesten. Detta förekom då rädslorna för konsekvenserna när ångesten uppenbarar sig. Rädslan över att behöva göra något obehagligt och därav kände personerna ångest inför att göra någonting. Dessutom förekom det att genom att oroa sig för småsaker, gick det att slippa tänka på de större problemen. Men rädslan för eventuella katastrofer skedde inte endast inför restaurangbesök, ångesten kom innan besök av familjemedlem, innan en promenad utomhus och innan personerna skulle till mataffären och handla (Lindgren, 2016).

Svårt att kontrollera oönskade känslor och tankar.

Kategorin uppkom bland personer som lever med ångestsyndrom och upplevde att det var svårt att kontrollera sina känslor under ångestperioden. En av de svårkontrollerade känslorna var att livet kändes väldigt mörkt och meningslöst, samt att det tappade greppet resulterade i en övergång till apati. Måendet upplevdes dåligt och därav tappades livsglädjen samt livslusten (Forslund, 2016). Detta innebar att det inte fanns någon dödslust heller.

” Den var obotlig, och skulle ta död på mig genom att sakta mala sönder kroppen ”
(Forslund, 2016, s. 30)

Det framkom i studien att det var svårt att hitta någon mening med livet och ångesten känns olidlig. Det blev svårt att hitta någon mening, särskilt då personerna redan hade bestämt sig att livet inte var något annat än en svag glimt av ljus mellan två evigheter av mörker på vardera sida. Personerna tampas med låg självkänsla och söker till bekräftelse i alla former och till nästan vilket pris som helst (Lindgren, 2016; Forslund, 2016). Dessutom inbillade sig personerna att livet skulle vara mycket enklare om de var snyggare. Ett utseende som till och med för de var acceptabelt. Men oavsett hur mycket personerna ändrade sitt utseende, på grund av all ångest, fanns det alltid något som inte var bra nog. Med en känsla av

otillräckligheten, förekom det att känslorna springer omkull varandra, som om det vore en cirkus. Det beskrivs som att irritationen springer för att sedan bli omsprungen av besvikelsen som går in i glädjen och blir omkullknuffad av nyfikenhet. Studien gav resultat på att ångesten i helhet upplevdes som okontrollerad samt att det gav en panikkänsla. Personerna kunde ständigt känna att de snart håller på att gå sönder och att de fastnade i en ond cirkel av negativa tankar som kändes omöjligt att komma ut ur. (Lindgren, 2016; Forslund, 2016). Tankar om att inte längre veta vem man är efter att ha drabbats av ångestsyndrom. Detta beskrivs genom att de inte förstår hur det har gått till, från att ha varit en fullt fungerande och framgångsrik till att stämplats med psykisk diagnos och därav bli sjukskriven. Från att aldrig tidigare reflekterat över sig själv till att konstant tänka över sina handlingar, vilket resulterar i att drunkna i ångesten. När ångesten fanns där dygnet runt, inför allt och alla, kändes tankarna omöjliga att kontrollera. Kontrollen för sitt mående blev också omöjlig. Upplevelsen om att gråta okontrollerat förekom under ångesten. Under tiden som gråtandet pågick, framkom det känslor om att tvunget behöva kräkas. Något som också var svårt att kontrollera (Lindgren, 2016). I studien förekom det att personer jämförde sig själva med andra, med ångesten involverad (Forni, 2016).

” Hans ångest är en nyckelpiga och min ångest är en stor jävla val (...) jag skulle också vilja ha en liten ångest-nyckelpiga, söt och fin och som flyger iväg med jämna mellanrum. Min val rör sig långsamt och den går aldrig ner i vikt. Ångestvalen är stor, klumpig och vill helst inte banta ” (Forni, 2016, s. 140)

Känslor och tankar om att ens partner skulle lämna en, bidrog till att omedvetet hålla hårt om personerna. Ibland verkade de drabbade som elaka personer men det var aldrig intentionerna. Det var aldrig meningen att behandla sina partners illa, de ville bara hålla hårt i det enda som fick de drabbade att må bra. (Forni, 2016; Lindgren, 2016).

Att ångesten ger fysiska symtom

Studien visade att vid ångest upplevs fysiska symtom, något som påverkar både kroppen och hjärnan. Personerna beskriver det som att hjärnan inte klarar av att koncentrera sig i mer än fem till tio minuter. Detta innebär att det var hopplöst att följa handlingarna i en film eller tv-serie. Efter fem till tio minuter klarade hjärnan inte av att fokusera och personerna glömde vad som sågs. Därefter bidrog det till rastlöshet och därav kunde det somnas under filmen.

Förutom det förekom det fysiska symtom som förvirrade och gav upphov om tankar kring en stroke. Studien påvisar symtom så som andnöd, hjärtklappningar, skakningar i hela kroppen och överklighetskänslor, något som blev orsaken till att åka ambulans till sjukhus. Även fysiska symtom som inte gick att kontrollera förekom, bland annat om att tungan upplevdes förlamad och därav inte kunde kontrollera ansiktsmuskler och svara på frågor (Lindgren, 2016). Framförallt förekom upplevelse om att hjärtat skulle stanna, musklerna spändes och magen blev lös. Detta påverkade på så sätt att alltid gå runt och känna efter (Forslund, 2016). Minnet blir påverkat på så sätt att det försvårar att göra saker som vanligtvis var lätt att klara av förr. I studien framkom det att det är ett problem att läsa en bok, detta på grund av fysiska symtom. Det var som att alla bokstäver hoppade runt på sidorna. För att kunna läsa, dolde personerna raderna både ovanför och under den text som skulle läsas av. Trots detta upplevdes det som att bokstäverna i orden lås huller om buller. När ångesten är som värst upplevdes det som en klump och smärta i magen samt att benen känns svaga. Även att kippa efter luft förekom då halsen upplevdes som en knut. Vid svåra situationer som ett stort möte kom känslan av smärtor i magen och att det blev väldigt varm, svett började droppa från ansiktet, känslan att kläderna började sitta för tight och bara låta andas korta och snabba andetag. Kunde inte förstå vad som sades till en utan upplevde bara öronbedövande brus och att besvara en fråga som knappt hördes gick inte för några ord kom inte ut från munnen. Kopplingen mellan hjärnan och munnen fungerade inte och förstod inte varför (Forslund, 2016; Lindgren, 2016).

Förr hade jag misstänkt att jag drabbats av influensa, men nu förstod jag: Jag hade fått en stroke. Jag fick panik. (Lindgren, 2016, s. 29)

Vid panikkänslorna och tankarna om att man har drabbats av en stroke var det viktigare att visa ett bra intryck och inte visa paniken. När den jobbiga situationen var över försvann panikkänslan och allt var som vanligt. Det var svårt att förstå att symtomupplevelsen kom så snabbt men försvann snabbt igen. Att få reda på att symtomen uppkom på grund utav ångest kändes fel eftersom det var fysiska symtom som upplevdes (Lindgren, 2016).

Någonting var allvarligt fel - halsen knöt sig så att jag tvingades kippa efter luft, jag mindes inte var jag befann mig, hjärtat rusade och jag kunde inte längre känna mina ben. (Lindgren, 2016, s. 28)

Känna skam över ångesten

Studien visade att det upplevdes skam över flera saker kring sin ångest. Skammen om att vara i behov av bekräftelse förekom tillsammans med tomhetskänslor. Genom att känna skam för ett bekräftelsebehov ledde det till tankar om att bli våldtagen var ens eget fel. Något som bidrog till att de hemska upplevelserna förblev hemliga för sina vänner och familj (Lindgren, 2016). Besvikelsen om att drabbats av ett återfall efter att länge blivit bättre, bidrog till en skam över sig själv (Forslund, 2016). Även skam för att blivit drabbad av ångest förekom i studien. Skammen bidrog till en upplevelse om att vara en misslyckad person som behöver äta ”lyckopiller” för att fungera (Lindgren, 2016). Studien påvisade att skammen över att det var mer en kvinnlig sjukdom än en manlig, vilket inte var acceptabelt. Därav skammen att drabbas av en sjukdom som inte är ”manlig” (Forslund, 2016). Skammen över att ha drabbats av ångest förekom både i och utanför hemmet. En skam vid att hämta ut antidepressiva mediciner på Apoteket förekom, och påverkade på så sätt att snabbt kolla omkring för att inte riskera att någon ska se. Denna skam ledde till att personerna inte vågade berätta för varken sin familj eller vänner om sjukdomen, en sjukdom som gjort en till en *sådan* psykiskt svag person (Lindgren, 2016).

Jag var väldigt besviken första gången jag drabbades av ett “återfall”. Här hade jag segrat över draken, en gång för alla. (Forslund, 2016, s. 50)

Skammen av att blivit sjukskriven på grund utav sin ångest kändes svårt att acceptera och istället för att vila planerades det att göra så mycket som möjligt under sjukskrivningen. Att känna sig äcklad och att man har gjort sin familj besviken och arg upplevdes skam samt så blev ångesten värre (Lindgren, 2016; Forni, 2016).

Jag berättade för apotekaren att jag skulle hämta ut ett recept och när hon efter att ha knappat på sin dator en stund frågade om det var receptet på Sertralin jag skulle hämta ut, tittade jag mig snabbt omkring för att kontrollera att ingen hade hört. (...) Jag skämdes så mycket där och då att jag bestämde mig för att absolut inte berätta något för mina föräldrar eller vänner. (Lindgren, 2016, s. 75)

Genom att personerna inte längre kunde göra många saker samtidigt, övergick det till att de knappt orkade ta sig ut utanför lägenheten. Gick de ut, fick de känslan av att de inte var

tillräckligt bra nog och en känsla av skam. Skämdes över att inte kunna umgås med vänner och att vara med i ett samtal och diskutera saker, finna lösningar på problem och att få folk att skratta. En av den största skammen var att inte ha orkat höra av sig till vänner eller ens skrivit grattis på födelsedagarna. Skämdes över sin sjukdom, kändes som att det inte var någon riktig sjukdom och att ingen skulle ta det på allvar. För att lindra ångesten hjälpte bekräftelse för tillfällig lösning men efter några timmar senare uppkom den inre oron skam och tomhets känslor (Lindgren, 2016).

Jag skämdes över att inte kunna ta del komplexa diskussioner, finna lösningar på problem eller få folk att skratta. (Lindgren, 2016, s. 101)

Behov av att fly från ångesten

I studien framkom det flera olika sätt att undvika upplevelsen av ångesten. Detta gjordes genom att skapa egna sätt att bota ångesten. Bland annat orsakade positiva nyheter och distraktioner så som sex och datorspel, ett sätt att undvika ångest, vilket fungerade som ett eget botemedel (Forslund, 2016). Under ångesten blev kortkort klänning i baren och dränka sig i alkohol, en undanflykt för att slippa uppleva ångesten. Detta bidrog till att bekräftelsen från andra män blev en undanflykt också.

Jag var nämligen oförmögen att bekräfta mig själv oavsett hur "duktig" jag var, jag behövde höra det från andra. (Lindgren, 2016, s. 46)

Bekräftelsen är som en drog och bidrog till en upplevelse av att vara hög, en upplevelse som är bättre än ångestkänslan. Genom att ha alkohol i blodet upplevdes ångesten bättre. Det är lättare att åka tunnelbana, vistas i mötesrum, tala inför grupp och prata i telefon, precis allt som tidigare gick att göra utan ångestbesvär (Forsi, 2016; Lindgren, 2016).

Jag kände mig inte alls bekväm i dessa situationer, tvärtom. Men om man som jag behövde något som bekräftade ens värde blev man ändå glad när en svettig tonårskille ville komma innanför ens byxor. På något sätt blev det liksom bättre än ingenting. (Lindgren, 2016, s. 47)

Det förekom även i studien att genom att ständigt vara på språng, ledde det till att slippa känna efter samt att undvika egna tankar som förekommer på grund av ångesten. Ett annat

sätt att undvika ångestupplevelsen är att hitta något som är kul att göra och som driver tankarna till annat. Genom att starta en YouTube-kanal, fungerade denna som ett kreativt utlopp i ett forum som passar att arbeta mot ångesten just då (Lindgren, 2016).

Med alkohol i blodet kunde jag problemfritt åka tunnelbana, vistas i mötesrum, tala inför grupp och prata i telefon, precis allt som jag tidigare hade kunnat göra. (Lindgren, 2016, s. 32)

Ibland uppkom det små pauser från ångesten som gjorde det möjligt att kunna fokusera på annat så som att kunna njuta av värmen från skolen eller njuta av iskallt vatten. Genom att hitta något intresse så som smink, gjorde det möjligt att fly ifrån ångesten. I vissa situationer gick det att kontrollera sina känslor genom att stänga av dem inför ett viktigt samtal eller möte. För att ibland kunna slippa uppleva oro och ångest funkade städning som distraktion men när städningen var färdig så kom känslorna fram ändå. Genom att ständigt vara på språng och ha mycket att göra, hindrade detta ångesten till att alstras, men till slut kom ångesten ikapp ändå ((Forslund, 2016; Lindgren, 2016).

Aldrig hade jag väl kunnat ana att det var så roligt att måla sig i ansiktet? Smink hade kommit att bli en verklighetsflykt. (Lindgren, 2016, s. 21)

Något som också fungerade som en undanflykt var att skaffa sig ett husdjur, så som en hund som bidrog till att de drabbade var tvungna att gå ut och promenera. Detta var däremot ett bra tillfälle att minska ångesten över att endast sitta hemma hela dagarna, och fly undan skammen över att vara sjukskriven (Lindgren, 2016).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet i studien var att få fram upplevelse därför valdes det en kvalitativ metod. Kvalitativ metod valdes för att kvalitativa forskning syftar på att utforska tankar samt att idéer och upplevelse fördjupas. Kristensson (2017) säger att en kvalitativ metod går ut på att nå en djup och detaljerad förståelse för en företeelse (ibid.). Insamlingsmetoden som användes var patografier och valdes i syfte till att ha möjlighet att gå in på djupet av resultatet. Därav

förekommer även en mer subjektiv upplevelse som underbygger en kvalitativ metod. Självbiografier gav personliga upplevelser av hur det är att leva med ångestsyndrom. Enligt Olsson och Sörensen (2011a) är det viktigt att berättelserna som används har en klar och tydlig information så att det inte uppkommer några missförstånd. De självbiografierna som valdes var tydliga med att ångestsyndrom låg i fokus. Däremot var det en nackdel med patografierna då det fanns information som uppfattades oklar. Med två författare, som ihop tog ut meningsenheter, förekom det ibland två olika tolkningar av det som stod i patografierna. Ibland var det oklart om en mening i patografierna beskrev upplevelsen utifrån ångestsyndrom eller inte. Vid intervjuer är det lättare att få komplettering för information som verkar oklar. Det kan vara en fördel att använda sig utav intervjuer (ibid.). Det gick inte att använda sig utav intervjuer eftersom att detta är en kandidatuppsats. Därför uteslöts intervjuer och en litteraturstudie baserad på självbiografier ansågs vara en lämplig metod för att besvara studiens syfte.

Ett tydligt syfte gjorde urvalet och inklussionskriterierna enkla att ta fram. Inklussionskriterierna var tydliga och specifika, vilket bidrog till att intag av exklussionskriterier skulle endast ge upphov till repetition av urvalet. Kriterierna var att självbiografierna skulle vara skrivna av personer som lever med ångestsyndrom, skrivna av både män och kvinnor samt skrivna av vuxna personer, tidigast år 2015. I studien skulle det användas så nya böcker som möjligt för att kunna prägla dagens samhälle. Detta underlättade studien då dagens sjuksköterskor kan ta del utav resultatet samtidigt som de förhåller sig till dagens samhälle. Självbiografierna skulle vara skrivna på svenska för att undvika tolkningsfel under översättningarna. Att använda sig utav andra böcker än ifrån Sverige kunde varit en fördel för att få ett bredare resultat, men eftersom att studien använder sig utav en manifest metod skulle den vara så textnära som möjligt. För att få fram de självbiografierna som uppfyller syftet användes sökmotorn Libris. Enligt Kristensson (2017) är det viktigt att göra en bra sökstrategi. Hur litteraturen väljs är helt avgörande för litteraturens övergripande kvalitet. Litteraturundersökningen måste vara bra eftersom det ligger till grund för resultatet (ibid.).

Vid första sökningen i Libris användes sökordet: psykisk ohälsa, ångest som gav 31 träffar men ingen var relevant för studiens syfte. Då gjordes ett nytt försök med ett annat sökord: ångest, självbiografier och fick 10 träffar men endast en var relevant för studiens syfte. En bok var för lite för att få fram tillräckligt många meningsenheter och studien skulle ha ett

bredare utbud och använda självbiografier som är skrivna av både man och kvinna. Sökordet som användes sen var panikattacker och resulterade till 13 träffar men bara en bok var relevant. Ny sökning på Libris gjordes för att få fram någon mer bok och då användes sökordet leva med ångest och där uppkom det 10 träffar men endast en som var relevant. Nästa sökord: psykisk ohälsa, självbiografi* där 15 resultat uppkom men ingen av resultaten svarade på studiens syfte. I sökningen på Libris uppkom det sammanlagt 3 böcker som var relevanta för studien. Det var således 53 böcker som inte kunde användas för att svara på studiens syfte. Att söka på Libris var svårt då det gjordes på en hemsida vilket innebär att de resultat vi fick fram gav endast titel, årtal, författare och en bild på bokens framsida. Det saknades att kunna ta i en fysisk bok och bläddra igenom för att avgöra om den passar inklussionskriterierna eller inte.

För att ta hänsyn till författarna användes de fyra centrala forskningsetiska principer. Enligt Kristensson (2017) är en av principerna autonomiprincipen som innebär att forskningen ska ske med respekt för personens självbestämmande. Det menas att medverka i forskning frivilligt (ibid.). I studien som gjordes kontaktades inte författarna inför arbetet, därav finns det inget godkännande från dessa. Däremot har författarna publicerat böckerna offentligt, vilket utgör att deras godkännande finns parallellt med att de har publicerat det. Enligt SFS [1960:729] har alla rätt till att ta del av handlingar som är publicerade för allmänheten (ibid.). I studien gjordes en innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans och deras steg upplevdes enkla att följa. Enligt Kristensson (2014) är innehållsanalys en allmän kvalitativ metod och skapades för att bearbeta en stor textmängd. En innehållsanalys är en lämplig metod då fokuset vid en innehållsanalys är att hitta likheter, mönster eller skillnader i meningsenheterna (ibid.). Det var en stor textmassa som bearbetades vilket utgjorde svårigheter med att inte missa viktig information. Därför lästes patografierna igenom två gånger till. Att plocka ut meningsenheter var till en fördel att göra det först självständigt för att senare tillsammans sammanställa allt och säkerställa att meningsenheterna besvarade syftet. Det diskuterades ifall vissa meningsenheter passade in på studiens syfte och därav föll en del bort.

Meningsenheterna kondenserades och kodades tillsammans, detta för att underlätta för varandra samt påminna varandra om vårt syfte då det ibland glömdes bort. Vid kodningen uppstod det problem med att vara så textnära som möjligt. Koderna gjordes för att få fram kärnan i meningsenheterna, i vissa fall upptäcktes flera kärnor i en meningsenhet vilket

försvårade hela processen. Det var svårt att komma överens vilken kärna som skulle användas då flera viktiga upplevelser kom upp i en meningsenhet. Kristensson (2017) säger att en kod är ett sammandrag som består utav ett eller några ord som sammanfattar en hel meningsbärande helhet (ibid.). Alla koder lästes igenom och det studerades vilka likheter koderna hade. I analysen framkom det sex stycken olika kategorier. Enligt Kristensson (2017) skall analysen resultera till ett antal kategorier där varje kategori får en benämning (ibid.). När resultatet skulle skrivas enligt de kategorier som tagits fram, var det till en fördel att göra det när alla meningsenheter redan hade kodats och sammanställts. I resultatet finns det några citat från vissa självbiografier. Enligt Kristensson (2017) kan citat förtydliga och stärka innehållet i den kategorin som beskrivs (ibid.). Det underlättade att lägga in citat i resultatet då vissa meningsenheter var svåra att skriva om och presentera.

Resultatdiskussion

Enligt Hjärnfonden (2015) är kvinnorna den dominerande köngruppen som får ångestsyndrom. Detta är något som nämns i studien där de drabbade beskriver ångestbesvär som ”omanliga” och att det inte är lika acceptabelt som att prata om kvinnors ångest. Att känna skam för sin ångest och annat i sitt liv på grund av ångestsyndrom var en av kategorierna som framkom i studien. Ångestsyndrom kan bidra till att det begränsa den drabbade i det dagliga livet (Ottosson & Delia 2008).

Att begränsas i vardagen förekom som kategori i studien vilket stämmer överens med bakgrunden. De drabbade satt mycket hemma, vågade inte gå ut och promenera, åka och handla eller överhuvudtaget lämna hemmet. Ångesten utgör, att trots inget tydligt yttre hot finns, finns ändå känslan av ängslighet över det (Levander, 2008a). Personer upplevde större ångest över saker som resten av omgivningen inte kan relatera till. Bland annat kände personerna ångest inför att träffa kompisar och befinna sig i sociala sammanhang. Det kändes alltså omöjligt att vara på offentlig plats. Något annat som upplevdes extremt ångesttriggande var att titta på nyheter. Nyheterna bidrog till att personerna fick ångest över att se hur resten av världen snurrade på som vanligt medan de satt instängda hemma. Med ångestsyndrom påverkas den drabbades förnuft starkt (Levander, 2008a). Koncentrationssvårigheter som räknas som ett av symtomen, stämde överens med studiens resultat (Levander, 2008b). Personerna upplevde det svårt att sysselsätta sig själva, inte ens saker som tidigare intresserat personerna, var längre roligt att ägna sin tid åt. Personerna upplevde hopplöshet kring att följa

handlingarna i en film eller tv-serie. Efter fem till tio minuter klarade hjärnan inte av att fokusera längre, istället glömde personerna vad de hade tittat på, blev rastlösa eller somnade. Sömnsvårigheter och trötthet är också ett utav symtomen vid ångestsyndrom (Ottosson, 2015). Trötthet var något som framkom i studien där personerna sov hela dagarna. Däremot framkom det inget om svårigheter att somna i studien. Tröttheten bidrog i sig också till uttröttbarhet enligt studien. Uttröttbarhet är också ett utav symtomen vid ångestsyndrom (Ottosson, 2015). Uttröttbarhet fram bland personerna i studien och ansåg en stor bedrift till att orka duscha och hänga tvätt samma dag.

Personerna i studien gjorde inget annat under sin sjukskrivning än att sova hemma och vänta ut ångestproblematiken. Personerna i studien bekymrade sig över nästintill allt i vardagen. Ångesten förekom inför att gå till jobbet, välja kläder, köra bil samt inför hela framtiden. Oavsett hur mycket personerna än försökte att hantera ångesten, återgick det alltid till tvivel, negativ energi och tankar så som ”Jag klarar inte vad det här”. Detta är något som stämmer överens hur Levander (2008) beskriver att ångesten ter sig plågsamt samt ger upphov till överanalyserade tankar och rädslor.

Det beskrivs också att symtom så som överdrivna oroskänslor, starka rädslor, koncentrationssvårigheter och sömnsvårigheter förekommer (Levander, 2008). I studien framkom även kategorin ”Rädslor som vuxit fram tillsammans med ångesten”. Enligt Ottosson & Ottosson (2007d) upplever de drabbade rädsla, upprördhet och starkt obehag. Detta stämde överens med studien genom att personerna upplevde rädsla för att bland annat befinna sig på offentliga platser, rädslan för att dö samt rädslan för ångestsyndrom och dess effekter. Det som beskrivs i studien är överdrivna rädslor som personer i de drabbades omgivning inte hade upplevt lika jobbiga. Det var rädslor för att åka kollektivt, eftersom att där förekom det stora folksamlingar, katastroftankar som bidrog till att konstant tänka på saker som kan gå fel samt rädslan för att dö. De starka rädslorna förekom också i form av att inte vara tillräcklig och därav inte passa in i samhället. Andra överdrivna oroskänslor som förekom var att bli lämnad, göra sina föräldrar besvikna eller framstå som konstig inför sina kompisar. Ibland kunde den starka rädslan förekomma genom att de drabbade att vara rädd att till och med deras terapeut skulle döma dem. De överdrivna rädslorna var något som de drabbade inte kunde kontrollera över, vilket gav ytterligare kategori i studien ”Svårt att kontrollera oönskade känslor och tankar”. Något som Levander inte relaterar till gällande rädslor, men som framkom i studien, var att personer upplevde rädsla för sitt ångestsyndrom.

Det förekom rädslor för konsekvenserna när ångesten uppenbarar sig och rädslor över att behöva göra något obehagligt som ger upphov till ångest. Att ångesten ger fysiska symtom framkom i studien som en av kategorierna.

Enligt Ottosson (2015) uppträder fysiska symtom vid ångestsyndrom, vilka är hjärtklappningar, svettning, illamående samt uppkördhetskänsla. Personerna i studien upplevde både hjärtklappningar och svettningar. Hjärtat kändes som att det skulle stanna och svetten som droppade från ansiktet. De fysiska symtom som förekom men som Ottosson inte redogör för, är skakningar i hela kroppen, att musklerna blev svårkontrollerade samt att tungan kändes förlamad, vilket resulterade i att personerna inte kunde uttrycka sig i tal. Andra symtom som inte Ottosson relaterar till är svårigheter med att läsa. Bokstäverna hoppade runt på sidorna och personerna upplevde bokstäverna att vara huller om buller. Enligt Ottosson ingår även diarréer som ett av symtomen vid ångestsyndrom. I studien beskrev inte personerna något om diarréer. Däremot upplevde de symtom som att musklerna spändes och att magen blev lös. De fysiska symtomen bidrog till att personerna sökte vård. Enligt Hjärnfonden (2015) är det vanligt förekommande att söka vård för de fysiska symtomen istället för själva ångesten. Varken Hjärnfonden eller Ottosson beskriver andnöd som ett fysiskt symtom, något som framkom i studien. Personerna fick andnöd när de hade ångest inför att göra något obehagligt. De drabbade upplevde halsen som en knut och behövde därav kippa efter luft. Hjärnfonden (2015) beskriver att magsmärtor också ingår som ett utav symtomen vid ångestsyndrom. I studien framkom det smärtor i magen, men som också upplevdes som en klump i magen. Eftersom att sjuksköterskans kompetensbeskrivning innehåller krav på medicinsk kunskap, är det viktigt att sjuksköterskan undantar de medicinska tillstånden som har liknande presentationer då det kan likna t. ex. endokrina tillstånd (Locke, Kirst & Shultz, 2015). Därav kan sjuksköterskan nyttja personcentrerad vård med en skraddarsydd metod (Titov et al., 2015). Denna metod påverkar behandlingen positivt genom att den genomförs enligt patientens behov och egenskaper. Ett skraddarsytt tillvägagångssätt vid samtal, ger en överlägsen kontrollvillkor över flera åtgärder av ångest och livskvalitet (ibid.).

Den sista kategorin som framkom i studien är ”Behov av att fly från ångesten”. Detta är något som aldrig dök upp i bakgrunden och som beskrivs tydligt i resultatet. Personerna använde sig utav både destruktiva sätt att undvika ångest samt genom att fly undan verkligheten i form av att inte handskas med sådant som gav upphov till ångest. Sammanfattningsvis gav studien

resultat på fler och djupare upplevelser vid ångestsyndrom jämfört med den fakta som hittades i bakgrunden.

Självständighet

Under hela arbetet har det skett gemensam diskussion kring alla delar. Inledningen gjordes ihop medans bakgrunden delades arbetet upp. Belma hade huvudansvaret för rubrikerna ”Ångestsyndrom”, ”Orsaker till ångestsyndrom” och ”Sjuksköterskans roll vid mötet av människor med ångestsyndrom”. Jennifer hade huvudansvaret för ”Behandling vid ångestsyndrom och ”Upplevelser av ångestsyndrom”. I metoddelen fanns det ett gott samarbete där båda hade ansvar för metoden. Alla tre böcker lästes först var för sig, meningsenheterna plockades ut var för sig, avslutningsvis sammanställdes alla meningsenheterna ihop. Analysprocessen samt resultatet gjordes alltid gemensamt. I diskussionen hade Jennifer huvudansvaret för ”Metoddiskussionen” och Belma för ”Resultatdiskussionen”. Resterande delar av arbetet har diskuterats och ändrats ihop för att båda ska känna sig nöjda.

Slutsats

Ångeststörningarna framkommer vanligast vid medelåldern och majoriteten som drabbas är kvinnor. Orsakerna till ångest grundar sig på genetiska, kroppsliga, psykologiska och sociokulturella faktorer. Det är viktigt att sjuksköterskan under vårdandet har kunskap kring dessa orsaker, både medicinsk vetenskap och beteendevetenskap av relevans för patientens vård. De symtom som uppenbara sig vid ångest är bland annat överdrivna oroskänslor, starka rädslor, helpänn, koncentrationssvårigheter, irritabilitet och sömnsvårigheter. Enligt en studie identifieras endast 19,1% av fallen som psykisk ohälsa. I studien framkom det att personerna upplevde rädslor, rädslor som har vuxit fram tillsammans med ångesten. Under ångestens gång förekom det svårkontrollerade känslor och tankar som inte var önskade. Personernas vardag präglades av ångesten på så sätt att de upplevde isolering från omvärlden samt fick ångest inför att göra något obehagligt, något som resterande personer inte hade upplevt lika obehagligt. Även de fysiska symtomen förekom under ångestperioden. Personerna fick hjärtklappningar, andnöd och lässvårigheter. De flesta av fysiska symtomen stämde överens med bakgrunden, men inte alla. Vissa symtom och upplevelser framkom i studien trots att fakta inte beskrev dessa. Under tiden som personerna kämpade igenom sin ångest var de i stort behov av att fly undan ångesten, detta bland annat på grund av skammen

som tillkom med ångesten. Undanflykter gjordes genom att exempelvis stänga av sina känslor, dricka alkohol för att dämpa rädslorna samt få bekräftelse från andra människor. I studien framkom det fler och djupare upplevelser och förekomna fysiska symtom än vad som hittats i tidigare forskning som beskrivs i bakgrunden.

Referenslista

APA, American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Author.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Clinical research*. 17(3), (327-334). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/miman.bib.bth.se/pubmed/26487813>

Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. Leksell, J. & Lepp, M. (red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Gottschalk, M. & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Translational research*. 19(2). (160-166). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/miman.bib.bth.se/pubmed/28867940>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: *Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. 24, 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Hjärnfonden. (2015). Ångest. Hämtad 2018-10-08: <https://www.hjarnfonden.se/wp-content/uploads/2015/03/%C3%85ngest.pdf>

Kristensson, J. (2017). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

Lag om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (SFS 1960:729). Stockholm: Justitiedepartementet.

Levander, S. (2008a). Psykiatri: en orienterande översikt. (2. [rev.] uppl.) (s. 30-35). Lund: Studentlitteratur.

Levander, S. (2008b). Psykiatri: en orienterande översikt. (2. [rev.] uppl.) (s. 71). Lund: Studentlitteratur.

Libris. (2018). *Om LIBRIS*. Hämtad: 2018-10-17: <http://www.kb.se/libris/Om-LIBRIS/>

Locke, A., Kirst, N. & Shultz, C. (2015). Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *University of Michigan Medical School*. 91(9). (618-622). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/miman.bib.bth.se/pubmed/25955736>

McCance T. & McCormack B. (2015). Personcentrerad omvårdnad. Leksell, J. & Lepp, M. (red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (1. uppl.) (s. 84-107). Stockholm: Liber.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011a). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011b). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007a). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) (s. 55-58). Stockholm: Liber.
- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007b). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007c). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007d). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ottosson, J. & Delia, G. (2008). *Rädsla, oro, ångest: behandling i samarbete*. Stockholm: Liber.
- Sjöström N. & Skärsäter I. (2014). Ångestsyndrom. Skärsäter, I. (red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (2., [revid. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2018). KBT (kognitiv beteendeterapi). Hämtad 2018-10-09
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/kbtkognitivbeteendeterapi>
- Socialstyrelsen. (2017). Vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning. Hämtad 2018-10-08
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening (2016). Hämtad: 2018-10-05
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktober_2016.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad: 2018-12-13. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Titov, N., Dear, B.F., Staples, L.G., Terides, M.D., Karin, E., Sheehan, J., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V.J., Wootton, B.M., & McEvoy, P.M. (2015). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. Doi:10.1016/j.janxdis.2015.08.002.
- World Health Organisationen. (2018). Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return. Retrieved 2018 December 1 from <http://www.who.int/news-room/headlines/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Ferney-Voltaire: World medical association. Hämtad 5 april, 2018, från WMA <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 - Databassökningar

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Valda patografier
Libris 181003	Ångest självbiografier*	Bok	10	Nu dör jag: om att drabbas och leva med ångest Dan Forslund, 2016
Libris 181003	Panikattack*	Bok	13 1	Ibland mår jag inte så bra Therése Lindgren 2016
Libris 181003	Leva med ångest och oro*	Bok	10 6	Jag är inte perfekt, tyvärr: om ångest, oro och konsten att vara snäll mot sig själv Michaela Forni, 2016

Bilaga 2 – Presentation av patografierna

Titel och författare	Utgiven	Sidantal	Handling
Nu dör jag: om att drabbas och leva med ångest Dan Forslund	2016	92	Dan Forslund är en framgångsrik journalist som redan vid 25 års ålder drabbades av ångestsyndrom. I sin bok berättar han bland annat om upplevelsen av ångest, rädslan för döden och sjukdomar samt olika behandlingar och tips på hantering av ångesten. Dan är en manlig författare till skillnad från de andra valda patografierna.
Ibland mår jag inte så bra Therése Lindgren	2016	139	Therése Lindgren, som är en känd 31-årig kvinna för sin YouTube-kanal och sitt influensarbete, skriver i sin första bok om hur hon drabbades av sina psykiska ohälsotillstånd där ångestsyndrom var en av dem. Therése beskriver även om hur hon tog sig igenom dessa 3 åren och vart hon står idag. YouTube var hennes utväg från ångesten. Orsaken till ångesten var däremot inte lika enkel att definiera och bearbeta.
Jag är inte perfekt, tyvärr: om ångest, oro och konsten att vara snäll mot sig själv Michaela Forni	2016	222	Michaela har många år kämpat emot sin svartsjuka, avundsjuka och hastiga handlingar. Genom att ständigt se till att ha det perfekta utseendet, arbetet och livsstilen har hon utvecklat ångestsyndrom. Ångest för henne utspelar sig utifrån de nio grundkänslorna, exempel: rädsla, ilska och sorg. Hon beskriver hur hon levt, och lever än idag, med sin ångest samt hennes sätt att hantera ångesten.

Bilaga 3 – Meningsenheter

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
Rädslan för att dö, överdriven rädsla för sjukdomar, att göra bort sig eller för att bli galen. (Forslund, 2016, s.6)	Rädslan för att dö, sjukdomar och göra bort sig.	Rädslan för att dö.	Rädslor som vuxit fram tillsammans med ångesten.
Jag var rädd att mina föräldrar skulle bli besvikna och att mina vänner skulle tycka att jag var konstig. (Lindgren, 2016, s. 59)	Var rädd att föräldrar skulle bli besvikna och vänner tycka att jag är konstig.	Rädd att tycka jag är konstig.	Rädslor som vuxit fram tillsammans med ångesten.
Det här var en övermäktig fiende, och insikten om att jag tappat greppet skapade en känsla av meningslöshet, nedstämdhet som efter en tid övergick till apati. (Forslund, 2016, s. 23)	En övermäktig fiende som skapade känsla av meningslöshet, nedstämdhet som övergick till apati.	Känslan av meningslöshet.	Svårt att kontrollera oönskade känslor och tankar.
Och om jag gör en sak för att mildra ångesten över att inte vara tillräcklig, till exempel lagar en romantisk middag (...), då rinner bägaren över att ha lagat	Jag gör en sak för att mildra ångesten. Då rinner bägaren över och så uppenbarar sig istället där jag känner mig otillräcklig.	Känna mig otillräcklig.	Svårt att kontrollera oönskade känslor och tankar.

<p>middagen så uppenbarar sig istället alla andra punkter där jag känner mig otillräcklig. (Forni, 2016, s. 94)</p>			
<p>Jag ansåg det nämligen en stor bedrift om jag faktiskt orkade duscha OCH hänga tvätten på en och samma dag. (Lindgren, 2016, s. 19)</p>	<p>Ansåg en stor bedrift om jag orkade duscha och hänga tvätt samma dag.</p>	<p>Bedrift om jag orkade duscha.</p>	<p>Ångesten i vardagen.</p>
<p>Jag får i alla fall ofta ångest i sociala sammanhang över att inte vara allmänbildad nog för samtalen. Jag blir oerhört stressad av tanken på att ett samtalsämne ska dyka upp som jag inte kan hantera. (Forni, 2016, s. 93)</p>	<p>Jag får ångest i sociala sammanhang över att inte vara allmänbildad. Stressad av tanken av samtalsämnen ska dyka upp som jag inte kan.</p>	<p>Ångest i sociala sammanhang.</p>	<p>Ångesten i vardagen.</p>
<p>Andra gånger känner man ångesten inför precis allt man ska ta sig för och alla typer av beslut man behöver ta - inför att gå till skolan, jobbet, träffa vänner och familj, inför att köra bil, att välja kläder, att bo ensam, gå och handla, sova borta, inför</p>	<p>Känner ångesten inför allt man ska ta sig för och alla beslut man behöver ta – inför att gå till skolan, att bo ensam... Inför allt, allt, allt.</p>	<p>Ångesten inför allt.</p>	<p>Ångesten i vardagen.</p>

framtiden... Inför allt, allt, allt. (Lindgren, 2016, s. 67)			
Jag var inte psykiskt sjuk. Jag hade drabbats av fysiska symtom på en stroke och fått föras till sjukhus med ambulans på grund av andnöd, hjärtklappning och överklighetskänslor. (Lindgren, 2016, s. 38)	Drabbats av fysiska symtom, fått föras till sjukhus på grund av andnöd, hjärtklappningar och överklighetskänslor.	Fysiska symtom.	Att påverkas av de fysiska symtomen.
Någonting var allvarligt fel - halsen knöt sig så att jag tvingades kippa efter luft, jag mindes inte var jag befann mig, hjärtat rusade och jag kunde inte längre känna mina ben. (Lindgren, 2016, s. 28)	Allvarligt fel – halsen knöt sig, jag tvingades kippa efter luft. Hjärtat rusade och kunde inte känna mina ben.	Kippa efter luft.	Att påverkas av de fysiska symtomen.
Bekräftelsen fungerade tillfälligt som "medicin" mot den inre oron, men sedan följde skam och tomhetskänslor som spädde på olusten. (Lindgren, 2016, s. 56)	Bekräftelsen fungerade som medicin mot inre oron, sedan följde skam som spädde på olusten.	Skam.	Skam som bedrivs av ångesten
Jag var väldigt besviken första gången jag drabbades av ett "återfall". Här hade jag segrat över draken, en	Besviken jag drabbades av ett "återfall". Segrat över draken, en gång för alla.	Besviken av återfall	Skam som bedrivs av ångesten

gång för alla. (Forslund, 2016, s. 50)			
Det enda botemedlet var positiva nyheter, och distraktioner som sex och datorspel. (Forslund, 2016, s. 23)	Enda botemedlet var positiva nyheter och distraktioner.	Botemedel var distraktioner	Behov av att fly från ångesten
Att ständigt vara på språng blev som ett slags försäkring mot att slippa känna efter, jag gjorde allt i min makt för att undvika mina egna tankar. (Lindgren, 2016, s. 121)	Ständigt vara på språng, mot att slippa känna efter, gjorde allt för att undvika mina tankar.	Undvika mina tankar.	Behov av att fly från ångesten.