

ANTIDEPRESSIV BEHANDLING

- en beskrivning av patienters erfarenheter.

TREATMENT AGAINST DEPRESSION

- a review of patients' experiences.

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 36
Examinationsdatum: 2012-02-27
Examensarbete, 15 högskolepoäng
Författare: Sara Carlsson & Janni Felipe Stenberg

Handledare: Margareta Ramsjö
Examinator: Gunilla Björling

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Depression är en folksjukdom som någon gång kommer att drabba 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män i Sverige. Behandlingsalternativen är många och bland de vanligaste tillhör läkemedel och psykologisk behandling. Vid djupare depressioner där läkemedel inte har någon synbar effekt rekommenderas fortfarande elektrokonvulsiv behandling (ECT) trots larm om kognitiva biverkningar så som minnesnedsättningar. Patientens syn på sjukdom och behandling skiljer sig ofta från sjukvårdens mer biomedicinska synsätt. Därför att det är viktigt att patienternas erfarenheter lyfts fram för att vården av deprimerade ska kunna bli mer personcentrerad.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av antidepressiv behandling. Frågeställningen lyder: Vad har patienter som behandlas för depression för erfarenheter av farmakologisk behandling, psykologisk behandling och ECT?

Metod

En litteraturstudie användes som metod vilket innebär analysering och sammanställning av vetenskapliga artiklar. Efter att ett flertal databassökningar genomförts valdes slutligen 15 artiklar ut som svarade på studiens frågeställning.

Resultat

Deltagarna i studierna gällande farmakologisk behandling uttryckte generellt att mer information önskades om läkemedlets effekter, biverkningar och utsättningsymtom. I studierna som beskrev patienters erfarenheter av psykologisk behandling var många nöjda med den traditionella terapin som ofta gav upphov till kunskap för livet. Alternativa utformningar av psykoterapi var bra för somliga men många avbröt behandlingen. Flera uttryckte ett större behov av att få ”tala ut” med någon. Deltagarnas respons på ECT var blandad. Många beskrev att behandlingen hade orsakat ett stort obehag med oönskade biverkningar så som minnesnedsättningar. Samtidigt uttrycktes en tacksamhet över att ha fått genomgå behandlingen, då den ofta upplevdes som effektiv.

Slutsatser

En gemensam nämnare som framkom i samtliga studier var att patienterna upplevde de olika behandlingsalternativen ytterst individuellt och hade skilda erfarenheter av dessa. Därför är det viktigt att lyssna på varje individs önskemål om hur dennes behandling ska se ut.

Författarna anser att det inom ämnet finns en brist på forskning av kvantitativ typ, med fler män representerade och utförd i Sverige. Ytterligare forskning skulle kunna leda till en bredare kunskap vad gäller patienters erfarenheter av antidepressiv behandling.

Nyckelord: Depression, antidepressiva läkemedel, psykoterapi, ECT, patienters erfarenheter.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vad är depression?	1
Förekomst och prevalens av depression	2
Antidepressiv behandling	4
Omvårdnad vid depression	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
Frågeställning	7
METOD	8
Val av metod	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataklassificering	10
ECT	21
DISKUSSION	24
Resultatdiskussion	26
Slutsats	32
Farmakologisk behandling	33
Psykologisk behandling	33
ECT	33
Fortsatt forskning	33
REFERENSER	34
Bilaga I	
Bilaga II	

INLEDNING

Alla människor mår dåligt ibland. Detta förekommer ofta vid traumatiska händelser så som skilsmässa och dödsfall bland nära och kära samt för somliga vid livets övergångsperioder så som studenten, flytten hemifrån och giftermål. Nedstämdhet är en helt naturlig reaktion på kriser i livet och oftast klarar vi oss utan professionell hjälp. Depression däremot är någonting annat och erkänd som en psykisk sjukdom (Wasserman, 2000).

Idag finns ett stort antal behandlingar mot depression. Vilka behandlingar som ger ett gott resultat har i stor utsträckning undersökts i olika studier. Socialstyrelsen gav år 2010 ut, baserat på dessa studier, nationella riktlinjer för vilken eller vilka behandlingar som rekommenderas vid olika typer av depression (Socialstyrelsen, 2010). Dock anser författarna till föreliggande studie att utbudet vad gäller forskning kring patienters individuella erfarenheter av olika antidepressiva behandlingar inte är lika stort. En amerikansk studie (Ries, Jaffe, Comtois & Kitchell, 1999) visade att det objektiva resultatet av en behandling mot psykiska besvär endast har ett svagt samband med patientens subjektiva upplevelse av behandlingen. Med andra ord behöver inte en ”väl fungerande” behandling alltid innebära en god erfarenhet för patienten.

BAKGRUND

Vad är depression?

Att vara människa innebär att någon gång i livet känna sorg, besvikelse och drabbas av tillfälliga svängningar i humöret. Depression däremot kännetecknas av långa perioder med nedstämdhet och känslan av att livet är meningslöst, vilket påverkar arbete och privatliv på ett negativt sätt. I och med att inga uppenbara biologiska förändringar sker i kroppen vid depression, vilka då skulle kunna utgöra en grund för diagnostisering, kan ibland gränsen vara svår att särskilja mellan vad som är sjukligt och vad som är normalt (SBU, 2004a).

Klassificering och diagnostisering

För att kunna ställa psykiatriska diagnoser finns det idag två olika klassificeringssystem till hjälp. Det ena är ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) som skapats av Världshälsoorganisationen (WHO). Systemet används vid klassificering av både psykiska och somatiska sjukdomar och omkring 145 länder är anslutna till systemet. Utifrån ICD kan vi klassificera mer än 300 olika psykiatriska diagnoser. Kriterierna för de olika diagnoserna är dock gränsöverskridande då brist på kunskap fortfarande råder inom psykiatrin. Dessutom har patienter aldrig helt identiska psykiska tillstånd, då varje människa är unik vilket även speglas i hur den psykiska sjukdomen yttrar sig (Cullberg, 2000; WHO, 1993). DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) är det andra klassificeringssystemet och innefattar endast psykiska sjukdomar. Det ges ut av American Psychiatric Association (APA) och används över hela världen. Dessa två system uppdateras med tiden och de nyaste versionerna är idag ICD- 10 samt DSM- IV (American Psychiatric Association, 1994; WHO, 1993).

DSM fungerar som en manual för hur depression ska diagnostiseras. Enligt DSM- IV ska patienten uppfylla minst fem av nio olika kriterier för att kunna diagnostiseras med egentlig depression (American Psychiatric Association, 1994). Två av dessa, nedstämdhet samt förlust av intresse eller glädje, ges större vikt än de övriga sju kriterierna då en av dessa krävs för att få diagnosen (American Psychiatric Association, 1994). De övriga sju symtomen på listan är viktförändring, sömnstörning, agitation (upphetsad och rastlös) eller hämning (tröghet och brist på tempo), svaghetskänsla, skuld känslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga och tankar på döden med eventuellt självmordstankar. Symtomen ska ha pågått minst ett par veckor och under större delen av den tiden (Allgulander, 2008).

Depression kan även ge somatiska symtom. I en spansk studie (Agüera-Ortiz, Failde, Mico, Cervilla & López-Ibor, 2011) kunde man se ett samband mellan depression och smärta. Inom tertiärvården (långvarig vård och omsorg) uppskattas 30- 54 procent av patienter med egentlig depression ha somatiska symtom (tinnitus, muskelsmärta, trötthet mm). Enligt Agüera- Ortiz et al. (2011) gör detta det svårare för läkare att känna igen sjukdomen och är en bidragande faktor till underdiagnostiseringen av depression.

ICD- 10 skiljer på tre huvudgrupper av depressiva tillstånd; depressiv episod, återkommande (recidiverande) depressioner och kronisk depression (dystymi). Depressiv episod samt återkommande depressioner sammanfattas vanligen i begreppet: egentlig depression. Förutom ovan beskrivna typer av depression finns andra depressiva tillstånd så som lindrig depression, utmattningssyndrom och säsongsbunden depression (Allgulander, 2008; WHO, 1993).

Orsak

I en svensk studie av Hansson, Chotai och Bodlund (2010) fick patienter själva berätta om varför de tror att de blivit deprimerade. Resultatet blev 16 kategorier av utlösande faktorer som kunde delas in i tre teman; nuvarande orsaker till stress, tidigare händelser i livet samt konstitutionella orsaker. Nuvarande orsaker till stress kunde vara familjerelationer och hög belastning på arbetet. Bland tidigare händelser i livet nämndes skilsmässa, dödsfall bland anhöriga och vänner samt traumatiska händelser så som överfall och misshandel. Med konstitutionella orsaker menades exempelvis personlighetstyp, gener eller andra mer fysiska förklaringar.

En dansk studie (Lund et al., 2009) visade att personer som blivit mobbade i skolåren hade en signifikant ökad risk för att senare i livet få diagnosen depression. Risken ökade i takt med mobbningens varaktighet och intensitet. Dock ansåg man att fler studier behövs för att bekräfta sambandet mellan mobbning i skolåren och depression i vuxenåren.

Förekomst och prevalens av depression

I Sverige är depression klassat som en folksjukdom och minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en depression som kräver behandling (Socialstyrelsen, 2010).

Egentlig depression är idag den fjärde största orsaken till ohälsa i världen och till 2020 förutspås den bli den näst största. Depression kan ha mer skadliga effekter på vår hälsa än fysiska sjukdomar så som angina pectoris, artros och diabetes (WHO, 2011). De typer av depression som har ökad mest under de senaste 50 åren är mild och måttlig depression, men

orsakerna till detta är oklara (Wood, 2008).

Skillnader i förekomst

I en SBU- rapport beskrivs att skillnader i förekomst av depression har kunnat ses mellan utvecklings- och industriländer, samt mellan olika europeiska länder. Skillnader har även setts mellan stad och landsbygd. Exakt vilka skillnader som kunnat ses framgår ej av rapporten, möjligen då individuella skillnader mellan de olika länderna har observerats (SBU, 2004a). Dock har man sett att nästan överallt ökar antalet insjuknande i depression (WHO, 2011).

Könsskillnader

Egentlig depression och dystymi (kronisk depression) är överrepresenterat hos kvinnor. Möjliga förklaringar till detta kan vara att kvinnor generellt har en tidigare debut av ångest och depression samt ter sig uppleva negativa livshändelser besvärligare än män (SBU, 2004a). Enligt Wilhelm, Parker, Geerlings och Wedgood (2008) har män även en förmåga att lättare dölja emotionellt lidande vilket kan bidra till att de söker hjälp senare jämfört med kvinnor. När de väl söker hjälp är detta mer för somatiska symtom så som bröstsmärta och utmattning, som senare visat sig bero på psykisk ohälsa. Vidare fann Wilhelm et al. (2008) att män oftare har olika typer av destruktivt beteende, så som självskadebeteende och alkoholmissbruk, vilket kan överskugga emotionellt lidande. Därför anser de att detta kan bidra till att många fall av depression förbises hos män.

Depression och äldre

Depression är vanligt bland äldre, dock finns motsägelsefulla studier hur vidare det är vanligare eller inte än hos den övriga befolkningen. En anledning till detta tycks vara att depression kan definieras på olika sätt. Depressioner hos äldre är ofta något mildare men istället mer långvariga än hos yngre (SBU, 2004c). En svensk studie visade nyligen att 17 procent av alla icke- dementa 95- åringar i Göteborg lider av depression (Börjesson- Hanson, Waern, Ostling, Gustafson & Skoog, 2011). Dock är det bara omkring två tredjedelar av alla äldre som får diagnosen depression som behandlas. Bland dessa är det bara hälften som tillfrisknar. Sjukdomen anses underdiagnostiserad bland äldre och detta tillsammans med otillräcklig behandling leder till minskat välbefinnande och ökad dödlighet inom denna åldersgrupp (Bergdahl et al., 2005).

Den ekonomiska aspekten

Den totala kostnaden för depression världen över har tidigare inte uppskattats som varken högre eller lägre än för fysiska sjukdomar så som AIDS och hjärt- kärlsjukdomar. Dock visade nyligen en japansk studie att de totala samhällskostnaderna för depression i landet samt i andra utvecklingsländer är enorma. Då hade man inberäknat både direkta och indirekta kostnader, där indirekta kostnader exempelvis kunde vara följderna av ett suicidförsök. I Japan hade kostnaderna aldrig tidigare undersökts, trots deras extremt höga frekvens av självmord (Sado et al., 2011).

I Sverige har Socialstyrelsen påbörjat en nationell utvärdering av psykiatris verksamhet med fokus på att utvärdera resultat och kostnader. År 2010 gav de för första gången ut nationella riktlinjer för hur depression ska behandlas i Sverige och vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser dessa medför. Exempelvis behövs utökade resurser inom primärvården samt ökad tillgång till utbildad personal inom psykoterapi (Socialstyrelsen, 2010).

Exakta kostnader för detta har ännu inte beräknats men alla prioriteringar som utförs inom hälso- och sjukvården är skyldiga att utgå ifrån kostnadseffektivitets- principen. I samråd med detta beskrivs det i riktlinjerna att vissa behandlingsåtgärder anses vara mindre effektiva mot depression, exempelvis akupunktur och ljusterapi. Högt på listan över rekommenderade åtgärder står istället olika typer av läkemedel, psykoterapi samt ECT (Socialstyrelsen, 2010).

Antidepressiv behandling

Remission (frånvaro av symtom) är målet med antidepressiv behandling. Remission är förenat med en bättre funktion hos patienten och en bättre prognos. En kliniskt betydelsefull minskning av symtomen visar att behandlingen har haft önskat resultat. Uteblivna behandlingsresultat däremot leder till sämre produktivitet och arbetsförmåga, försämrade psykosociala funktioner, fler besök inom sjukvården och potentiellt högre risk för självmord (Trivedi et al., 2006).

Farmakologisk behandling

En av de vanligaste behandlingarna mot depression är farmakologisk behandling och idag finns många olika typer av antidepressiva läkemedel (Mouchabac, 2009). Dessa kan delas in i tre stora grupper: tricykliska antidepressiva (TCA), selektiva serotonin- återupptagshämmare (SSRI) och övriga antidepressiva substanser (Guze & Gitlin, 1994; Vanderhoff & Miller, 1997). Vid behandling av lindriga och måttliga depressioner finns inga säkerställda skillnader i effekten av de olika typerna av läkemedel. Dock föredras SSRI- preparat då biverkningarna anses lindrigare. Vid svårare depressioner och depressioner som kräver slutna vård har däremot TCA- preparat visat sig ha bäst effekt (SBU, 2004c).

För att behandlingen med antidepressiva läkemedel ska vara optimal krävs rätt läkemedel och dos samt att behandlingen pågår under en tillräckligt lång tid. Många patienter avbryter dock sin behandling i förtid, vilket leder till att färre patienter tillfrisknar (Dursun, 2008). Anledningen till att patienter väljer att avbryta sin behandling undersöktes i en amerikansk studie. Den visade bland annat att biverkningar och otillräcklig information om dessa hade signifikanta samband med avbrytande av behandling (Woolley, Fredman, Goethe, Lincoln & Heeren, 2010).

Biverkningar

Biverkningar som kan uppstå varierar i olika grad mellan de olika antidepressiva preparaten. SSRI- preparat ger i högre utsträckning mag- och tarmbesvär än TCA- preparat samt en negativ påverkan på den sexuella funktionen. TCA- preparat ger däremot mer yrsel, sömnlighet och oro. Två gemensamma biverkningar är sura uppstötningar och muntorrhet (Steffens, Krishnan & Helms, 1997).

Det har i studier diskuterats om antidepressiva läkemedel leder till ökad suicidrisk i början av behandlingen, speciellt hos unga. Studier har dock visat att suicidrisken är som störst hos deprimerade patienter en månad före inledandet av behandling för att sedan sjunka i takt med att behandlingen fortgår. Med andra ord så hjälper antidepressiva läkemedel mot suicidalt beteende snarare än att ge upphov till det (Isacsson, Reutfors, Papadopoulos, Ösby & Ahlner, 2010; Simon & Savarino, 2007).

Avslutande av farmakologisk antidepressiv behandling kan leda till en rad olika så kallade utsättningssymtom. Risken ökar om avslutandet sker abrupt istället för nedtrappning av behandlingen. Exempel på utsättningssymtom är diverse somatiska besvär så som mag-tarmproblem och onormala känsloupplevelser, rörelsestörningar (bradykinesi och akatisi) samt psykiska symtom så som ångest, oro och sömnstörningar. Abrupt avslutande av antidepressiva läkemedel leder dessutom till ökad risk för återinsjuknande, varför det är så viktigt med nedtrappning vid avslutande av behandling under läkarordination (Baldessarini, Tondo, Ghiani & Lepri, 2010).

Psykologisk behandling

Tillsammans med farmakologisk behandling hör psykologisk behandling till en av de vanligaste behandlingsformerna vid depression (SBU, 2004c). Psykologisk behandling kallas även i ett samlat begrepp för psykoterapi (d'Elia, 2005).

Två vanliga former av psykoterapi är kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT). Båda har bevisad effekt vid behandling av depression (Hermann, Munsch, Biedert & Lang, 2010).

KBT är en metod som går ut på att upptäcka handlingar, tankar och tankemönster som bidrar till psykiskt lidande. Genom att byta ut dessa negativa handlingar och faktorer mot ett mer funktionellt tankemönster kan man uppnå ett större psykiskt välbefinnande (Palmkron Ragnar, 2006). Traditionellt sett används KBT av psykologer eller psykoterapeuter vid personliga samtal med patienter. Brist på utbildad personal har dock lett till en ökad utveckling av alternativa utformningar så som guidad självhjälp via datorer eller DVD-instruktionsfilmer. Dessa har visat sig vara effektiva hjälpmedel mot depression, även om graden av effekt har varierat i olika studier (Høifødt, Strøm, Kolstrup, Eisemann & Waterloo, 2011).

IPT bygger på teorin att psykiskt lidande ofta uppstår i ett socialt och interpersonellt sammanhang, exempelvis när en nära vän dör eller vid skilsmässa. Genom IPT lär sig patienterna att förstå sambandet mellan vad som pågår i deras liv och varför, samt metoder för hantering av sina interpersonella problem och därmed sin depression (Weissman, Markowitz & Klerman, 2000).

Vid lindriga och måttliga depressioner har psykoterapi visat sig vara minst lika effektivt som antidepressiva läkemedel (Pinquart, Duberstein & Lyness, 2006). Psykoterapi har dessutom långsiktiga fördelar då den går ut på att lära patienten att hantera svåra situationer och ta kontroll över sitt tankesätt. Farmakologisk behandling mot depression upphör däremot att ha effekt så fort du slutar att ta medicinen (Markowitz, 2008).

ECT

Vid svåra depressioner har ECT en överlägset snabb och önskad effekt. Svåra depressiva tillstånd kan innebära hög självmordsrisk, mat- och dryckvägran eller inslag av psykotiska symtom. Ungefär 90 procent av patienterna som uppfyller kriterierna för att genomgå ECT blir återställda av behandlingen (SBU, 2004c). ECT går ut på att utlösa ett epileptiskt anfall. Detta görs genom att inducera ström genom den icke dominerande hjärnhalvan vilket övervakas med hjälp av EEG-registrering. Behandlingen upprepas vanligen enligt ett schema

om exempelvis sex till tolv sessioner fördelat på tre gånger i veckan (Sackeim, 1999). Förr associerades ECT med rädsla och panik, frakturer, huvudvärk, sönderbitna tungor och minnesluckor. Denna syn på behandlingen har idag till stor del förändrats i och med en förbättring av metoderna (Fink, 2001). Idag administreras ECT med narkos och muskelavslappning vilket gör den till en tämligen riskfri behandling med få medicinska komplikationer. Minnesstörningar förekommer dock fortfarande och är då ofta kopplade till händelser före och efter behandlingen. Att patienter får långvariga minnestörningar förekommer men sambandet med ECT är ej säkerställt (SBU, 2004b).

Risken för återfall av depression efter att ha behandlats med ECT är relativt hög (SBU, 2004b). Enligt en forskningsöversikt från 2011 (Petrides, Tobias, Kellner & Rudorfer) bör patienter fortsätta med någon form av farmakologisk behandling efter att ha behandlats med ECT då dessa patienter lider av de allvarligaste, mest återkommande och behandlingsresistenta typerna av depression. Dessutom förekommer underhållsbehandling av ECT enligt SBU (2004b).

Kostnadseffektivitet

Som tidigare nämnt ger depression upphov till avsevärda kostnader för samhället. För att minska dessa kostnader krävs en effektiv behandling som leder till remission (Sobocki et al., 2007). Ju snabbare remission uppnås desto mindre blir kostnaderna (Sobocki, Ekman, Agren, Runeson & Jönsson, 2006). Därför kan en dyrare behandling ändå på lång sikt vara mer kostnadseffektiv än andra billigare alternativ (Jönsson & Bebbington, 1994).

Omvårdnad vid depression

Majoriteten av personer som upptäcks ha en depression behandlas utanför psykiatrin, främst då inom primärvården enligt SBU (2004a). Detta hävdar även Dowrick (2004) som menar att depression är mycket vanligt förekommande i primärvården. Det är också där som den största delen av antidepressiva läkemedel skrivs ut enligt SBU (2004a). Enligt McIlrath, Keeney, McKenna och McLaughlin (2010) ska primärvården kunna erbjuda grundläggande tjänster för deprimerade patienter och inte slussa vidare dessa till specialistvården innan lämpliga åtgärder har utförts.

Enligt en engelsk studie (McIlrath et al., 2010) som behandlade ämnet ”sjuksköterskans roll vid depression i primärvården” borde 15 riktlinjer ligga till grund för dennes arbetsansvar. Bland annat borde sjuksköterskan ha kunskap om olika screening- verktyg för att tidigt upptäcka depression, ha uppnått/erhållit en god utbildning och kompetens gällande depression samt erhålla kontinuerlig fortbildning inom ämnet (McIlrath et al., 2010).

Mötet med den deprimerade

Vid mötet med den deprimerade är det viktigt att dennes känslor tas emot på ett respektfullt, kunnigt och varmt sätt. Dessutom har sjuksköterskan en viktig funktion att med sitt holistiska (helhets-) perspektiv och sin pedagogiska kompetens kunna möta patienternas behov och stödja patienterna i rätt riktning. Vad som är rätt riktning för varje patient är dock individuellt och detta kan sjuksköterskan försöka formulera tillsammans med patienten. Detta kan innebära personliga mål som patienten har gällande den fysiska, psykiska, sociala och andliga hälsan (Skärsäter, 2010). Även Meyer & Taylor (2008) betonar vikten av att

sjukvården möter den deprimerade patienten med en holistisk syn.
Patienters egna erfarenheter av omvårdnaden

I Birgitta Klang Söderkvists (2008) bok om patientundervisning skriver Hansson Scherman ett inledande kapitel om skillnaden mellan upplevd och medicinsk sjukdom. Patienter upplever inte alltid sin sjukdom och medicinering i första hand som någonting fysiologiskt som vårdpersonal ofta gör. I och med vårdpersonalens medicinska kompetens har de naturligt en mer biomedicinsk samt omvårdnads-kunnig syn på sjukdom och behandling. Ju mer tekniken utvecklas inom hälso- och sjukvården desto mindre fokus läggs på patienters subjektiva upplevelser. Ett tydligt exempel på skillnad mellan upplevd och medicinsk sjukdom är att en medicinsk sjukdom i regel leder till specifika behandlingsmetoder. Upplevd sjukdom däremot leder ofta till andra sätt att hantera situationen, exempelvis olika copingstrategier, som skiljer sig från medicinska ordinationer (Klang Söderkvist, 2008).

I en nederländsk studie (van Beljou et al., 2010) såg man att 43 procent av alla patienter inom primärvården som diagnostiserats med depression eller ångest inte genomgår någon form av behandling. Orsaken till detta visade sig till stor del vara att patienter inte ansåg sig vara sjuka och/eller behöva behandling. Andra patienter tyckte inte att de erbjöds den behandling som de behövde. Detta är ännu ett exempel på hur synen på sjukdom och behandling kan skilja sig åt markant mellan vårdpersonal och patient.

Problemformulering

Att den deprimerade patienten ges möjlighet att vara delaktig i valet av sin behandling är viktigt i flera avseenden. Resultatet blir bättre i form av ökade chanser till remission, då patienter får en behandling som hon eller han har önskat (Lin et al., 2005; Papakostas, 2009). Det hör dessutom till grundläggande etiska principer att främja patientens självbestämmande (Arlebrink, 2006). Enligt ICN: s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2005) ansvarar sjuksköterskan för att ”den enskilda individen får information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling”.

Denna litteraturstudie är därför ett försök att sammanställa patienters individuella erfarenheter av olika typer av antidepressiv behandling, för att sedan kunna användas i den kliniska verksamheten. Målet är att resultatet av studien ska leda till att patienter på ett riktigare sätt får information om antidepressiva behandlingar. Dessutom leder studien till att vårdpersonal får ökad kunskap om patienters erfarenheter av att genomgå en antidepressiv behandling. Detta anser författarna öka möjligheten för vårdpersonal att vårda deprimerade patienter utifrån deras individuella behov.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva patienters erfarenheter av antidepressiv behandling.

Frågeställning

Vad har patienter som behandlas för depression för erfarenheter av farmakologisk behandling, psykologisk behandling och ECT?

METOD

Val av metod

Författarna har valt att besvara ovanstående frågeställning genom att utföra en litteraturstudie. Enligt Friberg (2006) innebär denna metod att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst vårdvetenskapligt område genom att studera redan genomförda studier inom ämnet. Författarna söker i databaser efter artiklar att inkludera i studien och dessa kan vara av både kvantitativ och/eller kvalitativ typ. Den forskning som finns inom ämnet kan i sig vara en viktig upptäckt då exempelvis en brist på en viss typ av forskning argumenterar för att ytterligare studier behövs (Friberg, 2006).

Urval

Artiklarna till denna studie skulle handla om patienters erfarenheter av någon typ av antidepressiv behandling. Patienterna skulle inte lida av fysiska sjukdomar där depression kan vara en följsjukdom, utan fokus lades på patienter som erhållit vård i huvudsak på grund av sin depression. Vilken typ av depression som patienten led av var dock mindre viktigt. I några studier intervjuades förutom patienter med depression även patienter med andra sjukdomar så som ångestsyndrom och psykos. Dessa artiklar exkluderades ej då författarna ansåg att även dessa patienters erfarenheter av vederbörande behandling var av värde. Det viktigaste var att studien skulle handla om en behandling som används mot depression samt att minst några deprimerade patienter skulle vara representerade i varje studie.

Författarna valde att exkludera patientgrupper som bedömdes vara för ”snäva”, exempelvis ”latinska kvinnliga låginkomsttagare”. Detta för att studien skulle bli så generaliserbar som möjligt. Studien begränsades dock till vuxna individer som var 18 år eller äldre, då behandling av barn och ungdomar med depression ser alltför annorlunda ut (SBU, 2004b).

Inklusionskriterier vid sökning av artiklar var att de var engelskspråkiga och högst 10 år gamla. I Cinahl och PsychInfo valdes även ”peer- reviewed” som ett inklusionskriterium.

Datansamling

Fritextsökningar

Inledningsvis gjordes fritextsökningar i Cinahl, PubMed och PsychInfo. Sökningarna i Cinahl och PubMed gick till enligt tabell 1 och 2 (se nästa sida). Totalt valdes 13 artiklar ut baserat på dessa sökningar. Sökningen i Psychinfo ledde inte till att ytterligare artiklar inkluderades, trots användning av både fritextord och så kallade headings (utvalda ämnesord). Detta på grund av att de flesta artiklarna som framsöktes i PsychInfo redan hade valts ut från Cinahl och PubMed.

Tabell 1.

Databas	Cinahl			
Datum	2011-09-27			
Inklusionskriterier	Engelskspråkiga artiklar, högst 10 år gamla, peer-reviewed, ”Find all my search terms”			
Sökord	1 Patients	6 Qualitative		
	2 Experiences	7 Cognitive therapy		
	3 Antidepressants	8 Psychotherapy		
	4 Depression	9 Electroconvulsive therapy		
	5 ECT			
Kombinerade sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
1 and 2 and 3	12	6	5	1
4 and 5 and 6	5	3	2	2
4 and 6 and 7	27	4	1	1
4 and 6 and 8	41	6	3	2
2 and 6 and 9	8	4	2	1

Tabell 2.

Databas	PubMed			
Datum	2011-09-28			
Inklusionskriterier	Engelskspråkiga artiklar, högst 10 år gamla			
Sökord	1 Patient	6 Treatment		
	2 Experience	7 Psychotherapy		
	3 ECT	8 Emotional		
	4 Depression	9 Qualitative		
	5 Antidepressive	10 View		
Kombinerade sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
1 and 2 and 3	68	23	4	3
8 and 2 and 5 and 6	135	19	3	1
7 and 1 and 2 and 9	178	12	1	1
1 and 10 and 7 and 4	80	18	3	1

Sökning med ämnesord

Efter att fritextsökningar hade utförts i Cinahl och PubMed tog författarna hjälp av en bibliotekarie för att med Mesh- termer och Cinahl- headings söka i samma databaser. Sökningen i PubMed ledde till ytterligare två artiklar och gick till enligt tabell 3 (se nedan).

Tabell 3.

Databas	PubMed			
Datum	2011-10-21			
Inklusionskriterier	Engelskspråkiga artiklar, högst 10 år gamla			
Sökord	1 "Patients/psychology"[Mesh] 2 "Depression/therapy"[Majr] 3 "Patient Satisfaction"[Mesh]			
Kombinerade sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
1 and 2	40	12	3	1
2 and 3	90	14	3	1

Dataklassificering

De utvalda artiklarna kontrollerades att de var peer- reviewed med hjälp av sökmotorn Ulrich. Artiklarna klassificerades sedan enligt en modell framtagen av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006)(se bilaga I). Klassificeringen visade att nio artiklar var av klass I och sex artiklar var av klass II vilket ansågs som godtagbart av författarna. Dessutom skapades en matris (se bilaga II) som underlättar för läsaren att få en överblick över utvalda artiklar.

Analys

De valda studierna lästes igenom ett flertal gånger för att få en uppfattning om vad de handlade om (Friberg, 2006). Efter detta började arbetet med att studera artiklarna på djupet för att få en tydlig bild av de olika studiernas resultat. Inledningsvis utfördes sammanfattningar av alla artiklar för att snabbt kunna urskilja likheter och olikheter i studiens olika delar. Genom att urskilja gemensamma teman i artiklarna skapades en grund för hur resultatet skulle se ut (Friberg, 2006). Ett antal artiklar som behandlade ämnet psykologisk behandling var dock väldigt olika varandra vilket ledde till ett mer beskrivande, snarare än jämförande, resultat.

Forskningsetiska överväganden

Ett forskningsetiskt förhållningssätt vid en litteraturstudie innebär att inte förvanska, ”stjäla” eller kopiera ursprungstext. Både vad som tycks vara positiva och negativa fynd ska därför presenteras. Etiskt granskade artiklar bör användas eller artiklar där noggranna etiska överväganden har gjorts (Forsberg & Wengström, 2008). Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik (2000) tar förutom ovanstående upp att avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen på ett eller annat sätt anses oetiskt i forskningssammanhang. Detta kan exempelvis ske genom ohederlig inklusion eller exklusion av data eller förvrängd analys av data. En förvrängd analys av data kan dock vara svårt att bedöma som fusk då bristande kompetens eller noggrannhet även kan ligga till grund för förvrängningen. Författarna avser att minimera denna risk genom att med högsta möjliga noggrannhet analysera materialet och ta med fynd av både positiv och negativ karaktär.

RESULTAT

Resultatet från de 15 inkluderade studierna (se bilaga II) presenteras nedan i tre huvudkategorier; Farmakologisk behandling, Psykologisk behandling och ECT.

Farmakologisk behandling

I de inkluderade studierna har det framkommit att erfarenheterna av farmakologisk behandling i stor grad är varierande från patient till patient. Erfarenheterna, som är subjektivt presenterade i studierna, berör olika typer av upplevelser och händelser hos patienter som avslutat, fortlöpande brukar eller nyligen påbörjat en antidepressiv läkemedelsbehandling. Resultaten ger därför en dynamisk bild av hur patienters olika erfarenheter kan te sig.

Enligt studierna Haslam et al. (2004), Veerbeek- Heida och Mathots (2006) och Kwinter (2008) är rädsla bland patienter för att både fortsätta samt avsluta sin farmakologiska behandling vanligt förekommande. Dessa upplevelser har visat sig bero på olika faktorer som bland annat tidigare erfarenheter av farmakologisk behandling, synen på antidepressiva läkemedel och rädslan för att utveckla ett beroende.

Följsamhet

Haslam et al. (2004) studie utfördes med syfte att undersöka patienters erfarenheter av att bruka läkemedel mot depression och ångest (i denna studie SSRI- preparat). Det var 74 deltagare med i studien, ungefär lika många män som kvinnor. Det framkom bland annat att icke följsamhet av läkemedel vid depression och ångest var mycket vanligt hos deltagarna. Detta berodde på ett flertal faktorer, en orsak var att biverkningarna hos en del patienter var för påfrestande. Vissa patienter beskrev att biverkningar av olika antidepressiva mediciner liknade de symtom som tillkommit av sjukdomen samt att brist på förbättring av olika symtom uteblev. Exempel på dessa biverkningar var yrsel, illamående, förvirring och beslutssvårigheter. På grund av detta var icke följsamhet vanligt vid medicineringen. Patienterna tog därför mindre än den ordinerade dosen eller slutade att ta medicinen helt, då vissa även var oroliga för att utveckla ett beroende.

I Veerbeek- Heida och Mathots (2006) studie, utförd på nederländska patienter med depression, framkom att många patienter kände en osäkerhet inför det antidepressiva läkemedlets (SSRI- preparat) effekt vid debuten av medicineringen. Detta trots att läkaren informerat om att effekten av preparaten kan uppstå först efter en tids medicinering. Det visade sig att efter en period med utebliven effekt kickade dock effekten in hos de flesta patienterna i studien vilket medförde att dessa började känna sig bekväma med att bruka preparatet.

Några patienter kände dock inte någon positiv effekt av behandlingen alls. Dessa valde därför att "självexperimentera" genom att exempelvis tillägga naturläkemedel som johannesört och benzodiazepiner medan några slutade helt med medicinen. I studien deltog sju män och nio kvinnor (Veerbeek-Heida & Mathots, 2006).

Patienterna i studien (Veerbeek- Heida & Mathots, 2006) som upplevde en positiv och behaglig effekt av medicineringen, erhöll ofta efter en tids medicinering andra problematiska tankar och reflektioner kring sin medicinering. För dessa patienter hade medicinen hjälp dem att börja känna sig "som vanligt" igen.

Medicinen hade även medfört att de upplevde en balans i livet vilket de hade längtat efter. Samtidigt fanns hos de flesta patienter ambitionen om att någon gång i livet kunna sluta med medicinen, att kunna känna sig ”som vanligt” utan den. Trots detta fortsatte flertalet patienter sin SSRI- behandling då rädslan för att avsluta behandlingen var för stor (Veerbeek- Heida & Mathots, 2006).

Synen på antidepressiv läkemedelsbehandling

I en amerikansk studie av Kwinter (2008) framkom ett antal gemensamma teman gällande patienternas erfarenheter av antidepressiv medicin (SSRI- preparat). Ett av temana berörde ämnet stigmatisering och det visade sig att tio av elva patienter ansåg att man på något sätt ådrog sig en föraktfull stämpel från såväl samhället som enskilda individer vid medicinering av antidepressiva läkemedel. I och med detta valde sex patienter i studien upprepade gånger att skjuta upp sin medicinering, eller efter en tids funderande prova den motvilligt. Många såg antidepressiv medicin som någonting tabubelagt och att de intog en identitet förknippad med skam vid brukandet av den. Åtta av elva deltagare i studien var kvinnor.

Svaghetskänslor

Flera patienter i Kwinters studie (2008) kände sig svaga i det avseendet att de borde kunna ”skärpa sig” och bli glada utan att ta hjälp av någon medicin. Allmänt ville patienterna känna sig starka och ville därför inte söka hjälp då de kände att de borde klara av depressionen på egen hand. Denna känsla hade enligt patienterna antagligen uppstått på grund av normer i familjen och/eller samhället.

Beroendeproblematik

Ett annat tema som framkom i Kwinters (2008) studie handlade om beroende på ett eller annat sätt. Mer än hälften av patienterna i studien oroade sig för eller hade mycket tankar kring beroendeproblematik av medicineringen.

Även i Haslam et al. (2004) studie fanns bland patienterna många tankar och erfarenheter kring beroendeproblematik. Vissa patienter tog mindre än den ordinerade dosen eller slutade att ta medicinen helt då de var oroliga för att utveckla ett beroende. Många utav patienterna hade erfarit utsättningssymtom vid tillfällena då de hade glömt att ta sin medicin eller då de försökt att avsluta sin behandling, vilket de såg som tecken på beroende (Haslam et al., 2004).

I Veerbeek- Heida och Mathots (2006) studie framkom även där att somliga patienter själva (utan inrådan från läkare) började sänka sina doser eller avslutade sin SSRI- behandling. Detta då de fått blandade budskap från läkare och media angående beroendeproblematik runt preparaten.

Majoriteten av deltagarna kände dock en rädsla för att leva utan sitt antidepressiva preparat. De fortsatte att medicinera med motiveringen att det är bättre att vara på den säkra sidan och inte riskera att bli deprimerad igen. Oron för att avsluta sin behandling var övervägande större hos dessa patienter än den osäkerhet och rädsla som fanns för att fortsätta. Ett citat från en kvinnlig patient i studien löd: ”I feel safe now, if I stop the medicines, my depression can hit me again” (Veerbeek-Heida & Mathos, 2006).

I Haslams et al. (2004) studie kände ett mindre antal patienter, som ansåg medicineringen vara fördelaktig, att de hade utvecklat ett psykologiskt beroende till medicinen. De var därför oroliga över hur de skulle hantera sina liv när de i framtiden skulle sluta med medicineringen. Detta medförde att de fortsatte med sin läkemedelsbehandling.

Biologisk syn på depression

I Kwinters studie (2008) studie framkom ett annat tema som handlade om den biologiska aspekten av depression. Fem av deltagarna berättade att när de startade sin medicinering insåg de att deras depression kunde vara av biologisk orsak eller ha ett kemiskt ursprung, dvs att en yttre faktor inte hade orsakat den. I och med detta synsätt ansåg därför patienterna att bruka antidepressiv medicin inte var mer annorlunda eller konstigt än att ta medicin för någon fysisk sjukdom. De menade att utan sin medicin skulle de inte kunna leva.

Kontroll och makt

Det sista temat i Kwinters (2008) studie berörde ämnen som kontroll och makt. Många patienter hade en medvetenhet om att medicineringen går in i kroppen och påverkar den på ett vis som ingen ännu helt kan förstå eller har tillräckliga bevis för. Denna osäkerhet ledde till att många patienter kände en brist på kontroll över deras kropp. Enligt dessa var det därför svårt att ta vissa beslut angående behandlingen, då de kände att de inte kunde bli tillräckligt informerade. En deltagare uttryckte exempelvis följande: "is there going to be some announcement a year from now saying oh, scientists have discovered that it causes brain tumors or you know some crazy thing?". Några patienter i studien kände att de tappade en viss kontroll över både sin kropp och själ när de tog medicinen. En annan patient kände precis tvärtom. Han upplevde att han fick mer kontroll på vardagen, att han bättre kunde hantera depressionen samt att han lättare kunde gå vidare med sitt liv tack vare medicinen.

Vissa patienter kände att psykiatrikern hade mer makt över deras medicinering än de själva. Detta blev tydligt ibland när psykiatrikern hade en annan åsikt än patienten huruvida behandlingen skulle avslutas respektive fortsätta eller inte (Kwinters, 2008).

Följsamhet i siffror vid farmakologisk behandling

I en studie från USA (Vanelli & Coca- Perrailon, 2008) undersöktes om det fanns något samband mellan tidigare bruk av SSRI- och SNRI- preparat och bättre följsamhet. 211 565 stycken journaler samlades in från olika apotek runt om i USA och dessa delades upp i två olika grupper. En grupp bestod av 81 474 journaler från patienter som tidigare inte hade tagit några antidepressiva preparat. Den andra gruppen bestod av 130 091 journaler från patienter vilka tidigare hade brukat antidepressiva preparat. Nästan 75 procent av urvalet av journalhandlingar var från kvinnor.

Resultatet av studien (Vanelli & Coca- Perrailon, 2008) visade att personer som inte tidigare hade använt sig av antidepressiva preparat, hade en lägre median av behandlingsavbrott beräknat i dagar, 67 dagar, jämfört med personer som tidigare hade använt sig av antidepressiva läkemedel. Hos denna grupp var medianen av behandlingsavbrott beräknat till 184 dagar. Med andra ord var chansen att patienten fortsatte sin behandling större om de hade använt sig av antidepressiva preparat tidigare. Frekvensen av behandlingsavbrott de första 30 dagarna var ca 40 procent hos de patienter som tidigare inte hade brukat antidepressiva preparat och ca 19 procent hos de patienter som tidigare hade gjort det.

Efter 180 dagar hade behandlingsavbrottet stigit i båda grupperna kraftigt. Den procentuella siffran var nästan dubbelt så hög bland de patienter som tidigare inte hade brukat antidepressiva preparat jämfört med de patienter som hade gjort det. Tidigare användning av antidepressiva preparat var därmed kopplat till bättre följsamhet (Vanelli & Coca-Perraillon, 2008).

Enligt de patienter som inte brukat antidepressiva preparat tidigare, men som i studien börjat bruka ett preparat för första gången och som avslutat behandlingen för tidigt, ansåg att det behövdes mer uppföljning under och efter behandlingen. En kortare utbildning om medicinen i början av behandlingen var också ett önskemål från dessa patienter (Vanelli & Coca-Perraillon, 2008).

Information om antidepressiva läkemedel

I Veerbeek-Heida och Mathots (2006) studie upplevde majoriteten av patienterna att de var dåligt informerade om sin antidepressiva behandling. Av dessa kände de flesta att de saknade stöd och vägledning från någon vårdpersonal i huruvida de skulle fortsätta eller avsluta sin behandling och hur de i så fall kunde avsluta den. De kände även att information om medicinens verkningsmekanism och biverkningar saknades. Trots detta visade det sig att majoriteten av patienterna i denna studie hellre ville fortsatte sin behandling än avsluta den. Detta då de var rädda för att depressionssymtomen skulle komma tillbaka om de slutade.

I Haslam et al. (2004) studie framkom att flertalet patienter upplevde att deras husläkare hade för lite kunskap av andra antidepressiva preparat och tjänster som kan erbjudas deprimerade. Många patienter uppfattade att de blev förskrivna antidepressiva preparat utan tillräcklig undersökning. Dessa kände även att fler frågor från läkaren om patientens situation hade behövts. Informationen angående deras läkemedel kändes också bristfällig då de upplevde att de inte fick information om eventuella biverkningar som kunde uppstå, efter hur lång tid effekten skulle uppnås samt vilken dos som skulle tas.

En kvinna i studien kommenterade detta med: "They leave you to read the instructions, they don't actually talk to you about it". Detta medförde att patienterna ofta kände sig dåligt förberedda när de skulle börja med sin medicinering (Haslam et al., 2004).

Först när möjligheten gavs för patienter att träffa en psykiatriker eller psykolog kände de att olika behandlingsalternativ diskuterades samt att mer undersökning och utredning av orsaken till deras psykiska ohälsa sattes i fokus. Det framkom dock att några patienter var nöjda med informationen och stödet från sin husläkare och kände en stor tacksamhet till denne (Haslam et al., 2004).

I studien (Haslam et al., 2004) framkom att de patienter som upplevde att de fick relevant information om sina mediciner kände de att de lättare kunde fullfölja sin behandling, vilket ledde till bättre följsamhet.

Farmakologisk behandling och äldre

En amerikansk studie (Givens et al., 2005) har undersökt äldre personers erfarenheter och attityder gentemot antidepressiv medicinering. Deltagarna i studien var över 60 år och bestod ungefärligen av lika stor andel män som kvinnor.

De gemensamma tankarna som kom fram i studien berörde ämnen som rädsla för att bli beroende, motstånd för att se depression som en medicinsk sjukdom samt oro kring antidepressiva läkemedels inverkan på naturlig nedstämdhet. Tankarna kring beroende hos de äldre handlade mest om rädsla för att en eventuell behandling skulle bli långvarig och utdragen, vilket inte var önskvärt. Andra menade att rädslan mest berodde på att medicinen skulle kunna bli ”för effektiv” och att de på grund av det själva skulle bli tvungna att vara mycket uppmärksamma (Givens et al., 2005).

Några av de äldre i studien (Givens et al., 2005), som ansåg att deras depression orsakats av sociala yttre faktorer, kände ett motstånd till att börja med medicineringen. De ansåg att antidepressiva mediciner inte kunde ta bort orsaken till sjukdomen och menade därför att depression inte kunde botas med mediciner.

Ett stort antal deltagare i studien (Givens et al., 2005) var oroliga för att medicinen skulle ”sudda bort” deras verklighet och göra dem lyckliga på ett falskt och onaturligt vis. Nedstämdhet var för de flesta i studien en naturlig och viktig känsla som de värderade högt och därför inte ville leva utan. Många av patienterna hade förlorat vänner och anhöriga och menade att ledsen- och nedstämdhet efter en sådan händelse var en naturlig känsla som tillhörde livet. Detta bidrog generellt till att många i studien kände ett starkt motstånd till att bruka antidepressiva läkemedel.

Flera personer i studien (Givens, et al., 2005) beskrev att de tidigare medicinerats med antidepressiva läkemedel. Ofta hade de upplevt negativa biverkningar av medicinerna så som sömnlighet och trötthet. Detta resulterade i att dessa patienter vägrade farmakologisk behandling, trots att de blev erbjudna nya mediciner.

Läkemedelsbehandling i kombination med psykoterapi

I studien av Kwintner (2005) uppgav ett antal deltagare att deras antidepressiva läkemedelsbehandling blev mer effektiv när den kombinerades med en samtidig psykologisk behandling. Andra patienter upplevde inte detta, men kände däremot att läkemedelsbehandlingen ”pushade” dem till att börja med psykoterapi.

Psykologisk behandling

Vad är ett bra resultat av psykoterapi?

I en norsk studie från 2005 (Binder, Holgersen & Hööstmark-Nielsen) beskrev patienter som erhållit psykoterapi i form av samtal och blivit hjälpta av det, vad de ansåg vara ett bra resultat av psykoterapi. Ingen hänsyn togs till vad för typ av inriktning som terapin hade haft. I studien deltog nio kvinnor och en man.

När deltagarna skulle beskriva de positiva förändringar som kommit ur terapin sattes stor vikt på hur deras relationer till andra hade förändrats. Att relationerna till andra hade förändrats ansåg de bero på att de nu kände sig mer självsäkra i sociala situationer och numera valde vänner och partners mer omsorgsfullt. Flera kände att deras nära relationer hade fördjupats och blivit mer betydelsefulla för dem (Binder et al., 2005).

Med ”djup” menade en deltagare att man i relationen numera kunde dela känslor och inte behöver ”spela en roll” som hon tidigare hade gjort. Flera deltagare beskrev att de genom terapin hade utvecklat sin förmåga att vara känsliga och empatiska mot andra och upplevde detta som någonting positivt (Binder et al., 2005).

Samtliga deltagare ansåg att minskning av depressiva symtom och förändrade beteendemönster var ett viktigt resultat av behandlingen. För vissa betydde detta en förändring av känslö- och beteendemönster som tidigare orsakat lidande. En deltagare kände efter behandlingen att de grundläggande känslorna som utlöste ångest, ledsamhet och sorg var borta. Nu kände hon sig mer självmedveten och avslappnad i sin kropp. Flera deltagare beskrev att de numera kände fler positiva än negativa känslor. Dock kunde de negativa känslorna komma tillbaka ibland. En deltagare beskrev detta som: ”I still sometimes go down in the cellar. The difference is that I do not stay there”. Deltagarna kände generellt sett att de numera kunde hantera negativa känslor bättre (Binder et al., 2005).

Vad gäller förändring av beteendemönster menade deltagarna oftast i nära relationer. Sådana beteenden kunde vara att ”fly” och ”gömma sig” när påfrestande situationer uppstod, vilket de upplevde att de inte gjorde lika mycket efter behandlingen (Binder et al., 2005).

De flesta deltagare betonade att de efter behandlingen hade börjat se sig själva på ett nytt sätt. Vissa upplevde att de hade fått en bättre självförståelse och att de numera kunde se att tidigare händelser i livet påverkat hur de upplever saker idag. Dessa resultat av behandlingen ledde till en slags inre frid vilket fick destruktiva beteenden att börja försvinna hos deltagarna (Binder et al., 2005).

Att börja förstå sig själv var bland deltagarna även starkt kopplat till en förändring av deras självuppfattning. De började värdera sig själva högre och acceptera både styrkor och svagheter hos dem. Vissa tog upp att det handlade om att börja älska sig själv, från att tidigare kanske inte ha tyckt om sig själva alls. Många tackade sin terapeut för att de nu gillade vilka de var och uttryckte en oerhörd tacksamhet för den hjälp de hade fått (Binder et al., 2005).

Mindfulness- baserad kognitiv terapi

Finucane och Mercer (2006) har undersökt godtagbarheten och effektiviteten av MBCT (Mindfulness- Baserad Kognitiv Terapi) hos patienter med depression och/eller ångest. Terapin utfördes i grupp och bestod av fem delar; öka kroppsmedvetenheten, guidad sittande meditation, medvetna rörelser och stretching, medveten andning samt medvetenhet i vardagen. Innan de påbörjat kursen fick deltagarna fylla i ett frågeformulär. Efter tre månader, vid kursens slut fick de fylla i ytterligare ett frågeformulär samt genomgå en intervju. På detta sätt fick författarna både kvantitativa och kvalitativa data gällande godtagbarheten och effektiviteten av MBCT. I studien deltog tio kvinnor och tre män (Finucane & Mercer, 2006).

Flera olika faktorer nämndes bland deltagarna som orsak till varför de valt att pröva behandlingen. Några deltagare hade lidit av sina problem väldigt länge och var vid detta lag villiga att pröva nästan vad som helst (Finucane & Mercer, 2006). För en deltagare var det viktigt att undvika medicinering och detta motiverade honom till att fullfölja kursen. Andra hade inställningen att eget arbete och engagemang var en viktig del i att bli frisk från sin depression och ville därför pröva denna behandling (Finucane & Mercer, 2006).

För flera deltagare var faktumet att vara i grupp viktig då det fick dem att känna att de inte vara ensamma om att ha dessa problem. I och med att alla led av liknande symtom kunde de förstå varandra vilket skapade en trygghet i gruppen. En man beskrev hur han innan kursens början hade föreställningen om att alla andra där skulle vara galningar "with axes in their hands". Men sanningen var att alla de andra var precis som han själv, beskrev han. Att alla andra också var "vanliga människor" upplevde denne deltagare som positivt (Finucane & Mercer, 2006).

Dock upplevde inte alla deltagare det som positivt att vara i grupp. En deltagare som kunde få panikattacker vid sociala sammanhang kände sig instängd. Dessutom upplevde han att gruppterapin liknade de möten som hålls inom "Anonyma alkoholister" vilket bara fick honom att känna sig ännu mer deprimerad (Finucane & Mercer, 2006).

De fysiska övningarna som utfördes under terapin upplevdes väldigt olika bland deltagarna. En deltagare som blivit sexuellt utnyttjad i barndomen tyckte det var mycket påfrestande att öva på att öka sin kroppsmedvetenhet. En annan deltagare som varit med om liknande händelser upplevde det inte alls så (Finucane & Mercer, 2006). Generellt sett hade de som kunde släppa tankar på förväntningar och behandlingsresultat lättare att fokusera på de meditativa övningarna och hade därmed större glädje av dem (Finucane & Mercer, 2006).

Tre månader efter terapin tillämpade merparten av deltagarna fortfarande tekniker som de hade lärt sig under terapin. Den teknik som var mest tillämpad i efterhand var att ta medvetna djupa andetag under tre minuter. Fördelar med kursen var enligt deltagarna; ökad förmåga att slappna av, minskad risk att snabbt göra negativa antaganden, lära sig att ta en paus, lära sig nya sätt att hantera besvärliga känslor samt ökad självacceptans. Andra positiva effekter av kursen var bland annat att vissa deltagare fick förbättrad sömn och en kvinna lyckades sluta röka (Finucane & Mercer, 2006).

Det fanns även deltagare som inte alls kände sig hjälpta av kursen. En deltagare hade höga förväntningar på kursen och blev besviken när hon inte blev botad direkt. Dessutom kände hon sig överväldigad av all information. En annan tyckte att meditationen var svår och irriterande (Finucane & Mercer, 2006).

Den kvantitativa datan togs fram via BDI (Beck Depression Inventory) och BAI (Beck Anxiety Inventory) vilka är två frågeformulär som ger siffror på grad av depressivitet respektive ångest. Dessa visade att både graden av depression och ångest bland deltagarna minskat vid jämförelse av före och efter kursen. Före kursen låg graden av depression på 35,73 enheter enligt BDI och efteråt på 17,82 enheter. För ångest var siffran innan kursen 32,00 enheter enligt BAI och efteråt 20,54 enheter. Detta visar på att behandlingen var verksamt (Finucane & Mercer, 2006).

Beating the blues

"Beating the blues" är ett datorprogram baserat på KBT. Programmet är till för personer med depression, ångest eller båda. Tidigare studier har utforskat programmets kostnadseffektivitet. Denna studie (Cavanagh et al., 2009) undersökte hur väl programmet accepteras av användarna. Studiens deltagare bestod till 60 procent av kvinnor och 40 procent av män.

Före användandet av datorprogrammet uttryckte deltagarna generellt att de ansåg KBT som en trovärdig behandlingsmetod och acceptansen av metoden var hög. De flesta ansåg även att metoden var logisk, användbar, förståelig och att de trodde på dess fördelar redan innan behandlingen (Cavanagh et al., 2009).

Av samtliga deltagare som svarade på enkäten efter datorprogrammet ansåg 89 procent att programmet i stora drag hade hjälpt dem väldigt mycket eller lite grann. Bara en deltagare (av dem som svarade) gav besked om att programmet inte hjälpt honom eller henne alls. Kvinnor tyckte i större utsträckning att programmet hade hjälpt dem jämfört med männen. Ålder hade inget samband med ovanstående (Cavanagh et al., 2009).

De flesta som svarade ansåg även att programmet var lätt att använda (84 procent), att de gärna använde sig av datorn (92 procent) och att de skulle rekommendera programmet till andra (77 procent). Dock var inte lika många säkra på att programmet skulle ha en långvarig effekt (55 procent) (Cavanagh et al., 2009).

Av de som hade fått någon antidepressiv behandling tidigare svarade 83 procent att programmet var lika bra eller bättre än den. Någon koppling till detta svar och vilken tidigare behandling som de hade fått kunde inte ses. Något signifikant samband mellan de som hade haft höga förväntningar på programmet och de som hade fullföljt programmet fanns inte, även om trenden lutade åt det hållet. Inget signifikant samband fanns heller mellan förväntningarna före och det slutliga resultatet av behandlingen (Cavanagh et al., 2009).

Sammanfattningsvis visade studien att många deltagare var positiva till programmet före behandlingen och ansåg det vara en trovärdig behandlingsform. Bland dem som fullföljde programmet och svarade på sista enkäten (37 procent av alla deltagare) var de flesta nöjda med datorprogrammet (Cavanagh et al., 2009).

KBT- sessioner med terapeut via internet

I denna studie (Beattie, Shaw, Kaur & Kessler, 2009) blev 24 patienter (17 kvinnor och sju män) med diagnosen depression erbjudna att få pröva KBT via Internet. På en webbsida kunde de boka upp sessioner med en kvalificerad terapeut. Dessa sessioner fungerade som en chatt vilket innebar att patient och terapeut skrev till varandra utan att kunna fysiskt tala med eller se varandra. Varje patient hade upp till tio sessioner med en terapeut.

Vissa patienter var innan behandlingen osäkra på om det skulle gå att utveckla en tillitsfull relation med en terapeut som de inte hade träffat personligen, att det eventuellt skulle bli som "talking to a machine". Dessutom fanns tvivel över huruvida terapeuten skulle kunna ge rätt råd utan att ha personliga fakta om patienten, något som ansågs lättare att få vid samtal öga mot öga (Beattie et al., 2009).

En patient beskrev att mardrömsscenarioet skulle vara ifall terapeuten var en bluff, då Internet kan vara svårt att kontrollera. Positiva föreställningar om online KBT var att det kunde vara bekvämt med anonymiteten, att det skulle få dem att engagera sig i terapin mer. Kanske skulle de våga mer, gå djupare, vara mer ärliga och känna sig trygga med detta jämfört med ett personligt möte (Beattie et al., 2009).

Efter att ha genomgått terapin uttrycktes skilda åsikter gällande den faktiska upplevelsen av att utveckla en terapeutisk relation online. I början tyckte många patienter att det var jobbigt att inte kunna se terapeuten men med tiden lyckades ändå de flesta, även de som senare hoppade av, utveckla en bra relation med terapeuten. Patienter poängterade att det i alla terapeutiska relationer kan kännas obekvämt i början. Flera deltagare som innan var rädda för att relationen skulle bli alltför ”mekanisk” blev överraskade över hur snabbt en god kontakt kunde utvecklas. Vissa patienter ansåg att det var lättare att öppna upp sig, kände sig mer avslappnade och vågade vara mer ärliga då de upplevde att de inte skämdes lika mycket som vid ett personligt möte (Beattie et al., 2009). Majoriteten av dessa patienter hade innan uttryckt att de lockades av idén att vara mer anonyma i terapin. Vissa upplevde dock att anonymiteten försvann ju längre terapin fortgick och att det i slutet kändes som om de satt öga mot öga med terapeuten (Beattie et al., 2009).

Alla patienter lyckades dock inte utveckla en meningsfull relation med terapeuten. En del av dessa fortsatte ändå med terapin men de flesta drog sig ur. Generellt sett kände sig dessa patienter frustrerade över relationens kvalitet och upplevde att det hade varit bättre att få träffa terapeuten. Vidare upplevdes att en känsla av närhet till terapeuten saknades och att relationen därmed kändes kall vilket påverkade behandlingen negativt. De som drog sig ur svarade ofta att terapiformen ”inte var något för dem”. Dock kunde inte alla patienter som drog sig ur klargöra ifall det berodde på att de inte hade träffade terapeuten personligen eller för att just den terapeuten eller terapiformen inte hade passat dem. Totalt hoppade 39 procent av deltagarna av behandlingen (Beattie et al., 2009).

Bland somliga patienter fanns misstankar om att terapeuten gjorde andra saker, så kallad ”multi- tasking”, medan sessionen pågick. Detta fick några patienter att dra sig ur då dessa misstankar fick dem att tvivla på terapeutens engagemang (Beattie et al., 2009).

Patienter som var positiva till idén av att få terapi online var ofta sådana som var mer bekväma med att kommunicera via Internet och uttrycka sig genom skriven form, exempelvis genom att skriva dagbok. För vissa patienter lockade idén om en skriftlig terapisesion då detta skulle ge dem möjlighet att gå igenom den igen för dem själva och sakta låta allting sjunka in. Dessutom underlättade terapiformen för deltagarna att uttrycka sig tydligt då den gav dem tid att tänka en stund innan de behövde svara. Detta uttryckte några patienter kunde vara extra värdefullt de stunder då de hade svårt att komma ihåg saker och formulera sina tankar relaterat till sjukdomen (Beattie et al., 2009).

Det fanns dock skiftande åsikter bland patienterna vidare det var möjligt att fullt ut uttrycka sina känslor och bli förstådd via ett medium online. Vissa trodde att det skulle bli lättare då de fick skriva istället för att prata. Andra var oroliga för att de inte skulle få med viktiga saker eller uttrycka sig fel och därmed bli missförstådda av terapeuten. Ofta grundade detta i att de ofta känt att de ångrat något de sagt eller inte sagt under vardagliga verbala konversationer med andra människor (Beattie et al., 2009).

Även om patienter lockades av att skriva ner sina känslor fanns en osäkerhet om denna form av terapi skulle göra någon nytta. Somliga patienter spekulerade ifall det inte vore bättre att kombinera denna form av terapi med traditionell terapi. Detta bland annat eftersom de oroade sig för att det skulle bli svårare för terapeuten att ”fånga upp” deras sinnessillstånd. Enligt deltagarna fanns även andra negativa aspekter med onlineterapin. För de med liten datorvana eller som inte är läs- och skrivkunniga skulle terapiformen vara svår att genomföra (Beattie et al., 2009).

Flera deltagare beskrev efter behandlingen hur de hade behövt flera sessioner för att känna sig avslappnade med att kommunicera skriftligt, speciellt de som inte var lika datorvana. De som drog sig ur terapin hade ofta svårt att hitta rätt ord för att uttrycka hur de kände. Dock upplevde de flesta, även inräknat de som drog sig ur, att de lyckades dela sina historier med terapeuten (Beattie et al., 2009).

Patienters farhågor om att inte bli förstådda uppfylldes sällan. Patienter beskrev efteråt hur terapeuten hade lyckats fånga upp deras känslor samt hur de hade känt empati och sympati från terapeuten bara genom att läsa vad denne skrev. För flera blev skrivandet mer som att prata vilket tog bort känslan av att ”prata med en maskin”. Dock fanns andra patienter som upplevde att de blivit missförstådda, speciellt bland de som drog sig ur. Dessa ifrågasatte även terapeutens förmåga att helt förstå deras problem då denne saknade visuell information. Vissa beskrev därför att det fanns ett behov av att kunna uttrycka känslor på andra sätt via datorn, än bara genom ord (Beattie et al., 2009).

Som vissa patienter hade förutspått var det av värde att kunna se sina egna skrivna ord. Detta ledde till ofta till reflektion och nya sätt att se på dessa. Somliga patienter skrev ut sina konversationer med terapeuten. Dock ledde detta ibland till en känsla av att mer borde ha åstadkommit på femtio minuter, så länge som sessionerna varade, vilket kanske hade gjorts vid ett personligt möte. Anledningen till att konversationerna ofta drog ut på tiden kan ha varit lång svarstid. ”Dötiden”, väntan på terapeutens svar upplevde vissa som påfrestande, medan andra tyckte om att de fick tid att reflektera (Beattie et al., 2009).

Guidad självhjälp mot depression

Personer som hade fått diagnosen depression och som stod på väntelistan för att erhålla psykoterapi erbjöds i en studie (Macdonald, Mead, Bower, Richards & Lovell, 2007) att snabbt få tillgång till en mini- psykoterapibehandling. De behöll fortfarande sin plats i kön för den traditionella psykoterapin. Behandlingen som var en slags guidad självhjälp bestod av en skriven manual som kombinerades med korta stödsamtal tillsammans med en relativt oerfaren psykoterapi- student. I studien deltog 20 kvinnor och fyra män.

Många deltagare förvånades över att självhjälpen innebar att behöva göra så mycket själva, hemläxor mm. Flera var ändå positiva och villiga att pröva det mesta. De hoppades på att behandlingen skulle göra någon nytta men trodde kanske inte att de skulle bli botade. Patienterna fick möjlighet till denna behandling snabbt vilket flera tyckte var en fördel, då symtomen enligt dem ofta blev värre med tiden (Macdonald et al., 2007).

Deltagarna fick hjälp med den guidade självhjälpen vid korta sessioner tillsammans med en oerfaren psykoterapi- student. Deltagarnas reaktioner på detta var blandade. En kvinna tyckte att det kändes konstigt att någon som var yngre än henne hamnade i ett slags överläge. En annan kvinnas första tanke var ”Oh no, a child! What does she know?”, men denna reaktion gick för de flesta snabbt över när de började samtala med studenten. Somliga deltagare hade dock hellre träffat någon med mer erfarenhet (Macdonald et al., 2007).

Ett flertal deltagare uppgav att symtomen som kan förekomma vid depression, som koncentrationssvårigheter och brist på motivation, gjorde det svårt för dem att följa den guidade självhjälpen (Macdonald et al., 2007). En kvinna som varit deprimerad sedan flera år tillbaka upplevde just detta, men menade att för personer med lättare depressioner skulle detta kunna vara en bra behandling (Macdonald et al., 2007).

Flera deltagare hade önskat att få ”tala ut” mer om sina personliga problem, vilket inte gavs möjlighet till i denna guidade självhjälp. Visst hade de några få träffar med en psykoterapi-studerande, men dessa var tänkta att vara mellan 15- 30 minuter och endast till som stöd till den guidade självhjälpen. Flera deltagare hade en längtan efter att en professionell person skulle hjälpa dem att förstå varför de var sjuka, i hopp om att detta skulle få dem att tillfriskna (Macdonald et al., 2007).

Ett flertal deltagare uppgav att självhjälpen hade hjälpt dem en bit på vägen, även om de fortfarande hade sin depression kvar. En deltagare beskrev sina problem som skjutna åt sidan, men att de fortfarande fanns där, olösta i huvudet (Macdonald et al., 2007).

ECT

Om medgivandet till ECT

Fisher, Johnstone och Williamson (2011) kom i sin studie fram till att mängden och vilken sorts information som getts till patienter innan medgivandet till ECT varierade kraftigt. I studien deltog sju kvinnor och fem män. Sex av deltagarna tyckte inte att de hade fått tillräckligt med information om ECT, bland annat gällande biverkningar (Fisher et al., 2011). Liknande resultat sågs i en studie av Rayner, Kershaw, Hanna och Chaplin (2009) där många patienter svarade att de fått för lite information om eventuella biverkningar. I den studien deltog 261 kvinnor och 115 män. De hade heller inte informerats tillräckligt om alternativ till ECT eller vad som kunde hända om de inte fick ECT. 23 procent av patienterna kunde inte minnas att de hade fått någon skriftlig information om ECT.

Information som patienter i stor utsträckning hade fått innan ECT enligt Rayner et al. (2009) var vad ECT var för något, vad som skulle hända under behandlingen, varför de fick ECT och vad läkarna hoppades på för resultat. Deltagare i studien av Fisher et al. (2011) fick även information om ECT via Internet, av andra patienter och av volontära organisationer. Ofta var familj och vänner med och letade information och då via Internet. Huruvida deltagarna tyckte att informationen från ovanstående källor var användbar varierade.

Deltagarna i studien av Fisher et al. (2011) informerades upprepade gånger om att de inte var tvungna att genomgå ECT och de flesta kände heller ingen press att göra det. Dock kände de flesta, realistiskt sett, att det inte fanns några andra alternativ. Sju deltagare beskrev ECT som en sista utväg. Två deltagare valde aktivt ECT som en form av självskaumbeteende eller för att de trodde att det skulle ta död på dem. En deltagare beskrev att den hade ett stort självförakt och hoppades därför att ECT- behandlingen skulle skada honom vilket skulle få honom att må bättre.

Två deltagare valde ECT på grund av att de hade uppfattningen om att det var den bästa och säkraste behandlingen mot depression. Tre andra deltagare kände att de ville försöka någonting nytt efter att ha lidit av depression under en lång period. Flera var trötta på att medicinera och hoppades på att ECT skulle vara ett bättre behandlingsalternativ än att ta en massa läkemedel (Fisher et al., 2011).

Även om de flesta kände att det var deras egna val att genomgå ECT eller inte, oroade sig hälften av deltagarna för att deras förmåga att ta ett sådant beslut var nedsatt. De kände att

sjukdomen gjorde att de inte kunde tänka helt klart (Fisher et al., 2011). Enligt Rayner et al. (2009) hade 84 procent av deltagarna i den studien gett sitt muntliga medgivande till att få ECT, 16 procent hade alltså inte det. Till dem som hade gett sitt medgivande hade dock inte alltid andra alternativ erbjudits. Andra kommenterade att de inte visste vad de gav sig in på.

Erfarenheter av ECT

I studien av Fisher et al. (2011) kände de flesta deltagarna, innan de hade fått ECT, en oro över behandlingen och dess potentiella biverkningar. De hade generellt sett en negativ bild av ECT, en bild som påverkats av media och kulturella influenser. Trots detta var det ingen som drog sig ur. Efter att ha fått ECT upplevde de flesta deltagarna att det var värre än de hade trott baserat på den information de hade fått. Hälften av dessa berättade dock inte detta för sjukvårdspersonalen.

I Koopowitz, Chur-Hansen, Reid och Blashkis studie (2003) tas både negativa och positiva erfarenheter av ECT upp. I studien deltog fem kvinnor och tre män. Bland de negativa erfarenheterna nämndes rädsla för behandlingen som en viktig punkt. Denna kunde te sig olika bland deltagarna i studien. De flesta påverkades mest av rädslan just i stunden när de skulle få ECT och inte lika mycket efteråt. De beskrev det som en förväntansfull rädsla likt före en operation. För vissa var rädslan överväldigande och en deltagare drömde fortfarande mardrömmar om händelsen. Deltagarna var bland annat rädda för inte vakna upp efter behandlingen, att ECT skulle ändra deras personlighet eller att den skulle orsaka skada på hjärnan.

En annan negativ aspekt av ECT som belystes i studien av Koopowitz et al. (2003) var påverkan på minne och kognition. Endast en deltagare i studien upplevde inte en sådan påverkan. Resterande deltagare beskrev att de efter behandlingen led av någon form av minnesnedsättning samt en generell försämring av den kognitiva förmågan. Deltagare upplevde att effekterna på minne och kognition var permanenta. En deltagare uttryckte: ”I feel like there are blank spots in my brain where I used to have information”.

Dock fanns ofta en osäkerhet kring om det verkligen var på grund av ECT som de upplevde ovanstående. Kommentarer kring detta var att ”maybe you just loose thing as you get older” eller att det kanske kunde bero på själva depressionen. Minnesstörningarna upplevdes dock inte alltid som någonting negativt. Vissa deltagare uttryckte att detta var en del av verkningsmekanismen av ECT, att glömma vad man var olycklig över (Koopowitz et al., 2003)

Positiva erfarenheter av ECT som nämndes i studien (Koopowitz et al., 2003) var att de kände behagliga känslor när de vaknat upp från behandlingen. Dessa känslor var bland annat en känsla av lugn eller till och med en förnimmelse av eufori. I takt med att deltagarna tillfrisknade kände de en positiv påverkan på deras självkänsla. En deltagare uttryckte att denne började känna sig som sig själv igen. Ofta nämnde deltagarna att ECT hade räddat deras liv.

I studien av Rayner et al. (2009) svarade 72 procent av deltagarna att ECT hade hjälpt dem, för de flesta andra hade ECT inte gjort någon skillnad. Kommentarer kring detta kunde vara att behandlingen hade varit mirakulös eller räddat deras liv. Dock förekom kommentarer om att de positiva resultaten ofta var kortvariga.

I studien av Koopowitz et al. (2003) fick deltagarna ge förslag på förbättringar vad gäller utförandet av ECT. En viktig synpunkt var att sjukvårdspersonalen inte borde utföra några åtgärder vid behandlingen innan patienten är tillräckligt nedsövd, man borde exempelvis vänta med att spänna fast patienten. Andra förslag på förbättringar var att minska väntetiden precis före behandlingen, förbättra kommunikationen mellan vårdpersonal och patient och att sjukvårdspersonalen bör visa en ökad förståelse för obehaget som behandlingen innebär. Ett annat förslag var att försöka minska kontakten patienterna emellan, vid tiden för behandlingen, då detta kunde ha en oroande inverkan. En deltagare vägrade ge förslag på förbättringar då denne var starkt emot ECT men ville trots detta inte påverka andra personer att avstå från behandlingen som kunde dra nytta av den (Koopowitz et al., 2003).

Genom hela upplevelsen av ECT spelade familj, vänner och sjukvårdspersonal en stor roll enligt Fisher et al. (2011). Deltagare i studien upplevde att deras familj och nära vänner generellt sett var positiva och stödjande till beslutet om ECT. Nästan alla kände även att de hade en bra relation till sin psykiatriker och att de kunde lita på honom eller henne. Uppfattningen om sjuksköterskor och undersköterskor varierade dock. Studien visade att teman som tillit och vänlighet bland sjukvårdspersonalen påverkade deltagarnas beslut om att genomgå ECT (Fisher et al., 2011).

I en studie som undersökte just kvinnors upplevelser av ECT (van Daalen- Smith, 2011) intervjuades totalt sju kvinnor som antingen genomgick eller genomgått ECT- behandling.

De kvinnor som var mitt i en ECT- serie uttryckte en slags desperat hoppfullhet och litade starkt på hälso- och sjukvårdssystemet samt sjukvårdspersonalen runt omkring dem. Kvinnorna som redan hade behandlats med ECT var inte lika positiva. Deras upplevelser kretsade kring misstro, missnöjdhet, tvång och ej mötta behov. Dessa kände sig förstörda av händelsen och att de var i ett värre skick på grund av att de hade fått ECT (van Daalen- Smith, 2011).

Vidare beskrevs upplevelser av att de kände sig tvungna att acceptera ECT om de ville bli bättre och/eller komma ut från den psykiatriska vårdavdelning som de befann sig på. En kvinna bad sin läkare om att få avsluta behandlingen eftersom sessionerna fick henne att glömma allt och alla, han hade då svarat: "What difference does it make?". Andra biverkningar som togs upp av kvinnorna var konstant huvudvärk, kognitiva störningar, nedsatt koordinations- förmåga, sömnstörningar och viktökning (van Daalen- Smith, 2011).

Äldre kvinnors erfarenheter av ECT har studerats av Orr och O'Connor (2005). I studien intervjuades sex kvinnor i åldrarna 71- 89 år som fortfarande erhöll behandling mot depression, i de flesta fall inkluderade detta även ECT. Samtliga kvinnor i studien beskrev att beslutet att få ECT hade tagits av sjukvården, att de själva inte hade något annat val.

Generellt hade kvinnorna i studien (Orr & O'Connor, 2005) svårt att minnas detaljer om när de fått ECT. Fem av sex kvinnor visste inte hur många gånger de hade fått behandlingen. Ofta var minnen baserade både på vad de själva upplevt och saker som vårdpersonalen hade sagt. De flesta kvinnorna upplevde minnesstörningar av någon form, för speciellt en kvinna hade detta en stor negativ inverkan på hennes liv. Några ville dock hellre koppla minnesstörningarna till åldern än till ECT.

Förberedelserna inför ECT beskrevs av flera kvinnor som plågsamma; ”The feeling when they put the needle in you, you start feeling like you want to throw- up. And then they cover your mouth and you feel like you’re choking”. En annan kvinna tyckte att det var obehagligt att de tog av hennes glasögon och löständer inför behandlingen. Samma kvinna beskrev hur de dessutom tog av hennes kläder och hon fick sätta på sig klänning och blöja. Tanken av att förlora kontroll över blåsa och tarm äcklade henne, hon skulle åtminstone velat ha på sig sina egna kläder (Orr & O'Connor, 2005).

Vid frågan om vad som var den allmänna uppfattningen om ECT var svaren varierande och ibland motsägelsefulla. Även om vissa svarade att de inte tyckte om behandlingen ville de ändå fortsätta att få ECT om det krävdes. Detta då de generellt upplevde att det inte fanns några andra alternativ (Orr & O'Connor, 2005).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

Författarna valde att utföra en litteraturstudie i enlighet med Friberg (2006) då de ville beskriva kunskapsläget inom ett visst område. Patienters erfarenheter av antidepressiv behandling var ett ämne som togs upp i många studier och därmed ansåg författarna att en litteraturstudie var en lämplig metod att applicera på det valda ämnet.

Att utföra en litteraturstudie kan dock ha svagheter. Det finns bland annat en risk för att endast studier som stödjer den egna ståndpunkten väljs ut (Friberg, 2006). För att undvika detta har författarna försökt att välja ut artiklar av både ”positiv” och ”negativ” karaktär.

Detta var dock inte helt enkelt då det ändå fanns en begränsad mängd forskning inom ämnet, vilket även det kan vara en nackdel med litteraturstudier enligt Friberg (2006). Författarna upplevde att de hittade tillräckligt med data för att utföra studien, men att generaliserbarheten kan ha påverkats negativt av att fler artiklar inte hittades. Ett ännu större sökresultat skulle ha gjort det enklare för författarna att uppfylla ambitionen om att göra en helt ovinklad studie med både ”positiva” och ”negativa” resultat.

Reliabilitet och generaliserbarhet

Forskningsresultat från randomiserade kontrollerade studier har länge ansetts som den bästa grunden för att framställa rekommendationer som kan användas inom den kliniska praktiken. För att uppnå en god evidensbaserad omvårdnad har det dock under senare tid framkommit att man även måste inkludera forskningsresultat från kvalitativa studier (Forsberg & Wengström, 2008)

I denna litteraturstudie valde författarna att främst studera och ta fram resultat från kvalitativa studier. Detta då syftet var att beskriva patienters erfarenheter vilket på ett naturligt sett ledde författarna till den sortens studier. Dessutom kan sammanställande av kvalitativ forskning leda till en helhet i ämnet som kan verka vägledande i omvårdnadsarbetet enligt Friberg (2006). Att analysera kvalitativa studier ger ofta en djupare förståelse av det valda fenomenet

(Friberg, 2006), vilket var författarnas önskan.

Enligt Polit och Beck (2012) finns dock svårigheter med att analysera kvalitativ data. Som granskare av denna sorts studie kan det vara svårt att veta hur noggrant forskaren har analyserat och kondenserat ursprungsmaterialet och om forskaren har haft gott omdöme samt en kritisk inblick när denne kodat sitt material (Polit & Beck, 2008). Detta kan därför medföra att trovärdigheten i denna studie blivit lägre.

För att öka studiens reliabilitet och generaliserbarhet valde författarna även att inkludera kvantitativa artiklar. Två av dessa var av ren kvantitativ art medan de två andra studierna utgjordes av en mix av kvantitativ och kvalitativ karaktär. Kvantitativ forskning anses ha högre evidens då man i dessa studier kan ta fram bevis i form av orsakssammanband och signifikans (Friberg, 2006).

I de kvalitativa studierna som granskades var bortfallet av deltagare lågt vilket påverkar studiens generaliserbarhet positivt. Dock var deltagarantalet för varje enskild studie i sig inte så högt, vilket kan ha nedgraderat generaliserbarheten. I en av de kvantitativa studierna, som var av prospektiv karaktär, hoppade 138 personer av vilket utgjorde mer än hälften av alla deltagare i studien. Detta kan naturligtvis ha påverkat generaliserbarheten negativt. I den andra kvantitativa studien undersöktes 211 565 journaler. Det stora antalet journaler kan ha lett till en positiv inverkan på generaliserbarheten i föreliggande studie.

Datainsamling

Författarna valde att söka i tre olika databaser för att inte missa relevanta artiklar som kunde svara på studiens frågeställning. I Cinahl och PubMed utfördes både fritextsökningar och ämnesordsökningar för att inte missa passande artiklar till studien. Olika typer av sökningar utfördes även i PsychInfo men utan att ytterligare artiklar inkluderades. Att ha sökt i flera databaser, på flera olika sätt, anser författarna har haft en positiv påverkan på studiens trovärdighet då en av svagheterna med litteraturstudier kan vara att relevanta artiklar förbigås.

Urval

I urvalet av studier som författarna valde att inkludera ingick patienter som hade erfarenhet av antidepressiv behandling. Depression var ett inklusionskriterium när sökningen av artiklarna utfördes dock var andra psykiatriska tillstånd inget exklusionskriterium. Därför förekommer/presenteras resultat i ett fåtal av de utvalda studierna även erfarenheter från patienter med andra psykiatriska diagnoser utöver depression. Exempelvis har några studier både resultat från personer med depression och ångest eller de båda tillstånden samtidigt. Detta för att författarna främst ville belysa patienters erfarenheter av antidepressiv behandling och därmed inte utesluta andra patienters erfarenheter trots att de hade en annan psykiatrisk diagnos. I många fall går dessa sjukdomar även hand i hand och därför ansåg författarna att det fanns svårigheter att endast hitta studier som enbart inkluderade erfarenheter från patienter med depression. Detta är även något som kan ha påverkat tillförlitligheten och generaliserbarheten i föreliggande studie.

I de studier som presenterades i föreliggande studie ingick deltagare från flera olika nationaliteter, samt män och kvinnor i åldrarna 18- 89 år. Detta anser författarna har kunnat bidra till ökad generaliserbarhet.

Dataklassificering

Klassificeringen visade att nio artiklar var av klass I och sex artiklar var av klass II vilket ansågs som godtagbart av författarna. Dock hade kanske endast användning av endast klass I-artiklar lett till ökad reliabilitet.

Resultatdiskussion

Farmakologisk behandling

Enligt flera granskade artiklar i resultatet visade det sig att de flesta patienterna som brukade antidepressiv medicin någon gång besvärats av oönskade biverkningar under behandlingen. Vissa patienter valde i och med detta att avsluta sin behandling då de ansåg att den blev alltför för mödosam. Andra patienter valde att fortsätta då de var rädda för hur de skulle må utan sin medicin (Haslam et al., 2004; Verbeek-Heida & Mathots, 2006; Givens et al., 2005; Kwinter, 2008).

Biverkningar

I en av studierna som presenterats i resultatet (Haslam et al., 2004) framkom att många patienter upplevde att biverkningarna av deras mediciner (SSRI-preparat) var mycket påfrestande. Vissa patienter uppfattade att biverkningarna liknade de symtom som de hade upplevt av sin sjukdom. Dessa biverkningar kunde innefatta yrsel, illamående, förvirring och svårigheter för att ta olika beslut.

Som tidigare nämnts är målet med antidepressiv behandling remission (frånvaro av symtom) (Trivedi et al., 2006), vilket dock inte alltid verkade vara fallet i de granskade studierna. Remission är viktigt då uteblivna behandlingsresultat ofta leder till sämre produktivitet och arbetsförmåga, försämrad psykosocial funktion, fler besök inom sjukvården och potentiellt högre risk för självmord (Trivedi et al., 2006).

I en annan studie (Price, Cole & Goodwin, 2011) har man kunnat se likartade fenomen/problem. Där upplevde många patienter att biverkningarna av deras SSRI- preparat liknade de symtom som de upplevt av sin depression, patienterna förklarade biverkningarna som både emotionella och fysiska. Minskade positiva känslor samt minskad lust och motivation var några exempel på dessa biverkningar. En del av dessa patienter föreslog till och med att deras SSRI- preparat kanske hade framkallat en ny sorts depression eller förstärkt den depression som de redan hade (Price et al., 2011)

Författarna till föreliggande studie betonar därför att information om olika biverkningar borde tas upp på ett lämpligt sätt med patienten innan behandlingen. Det är viktigt att även förklara att biverkningarna kan vara både emotionella och fysiska. Detta för att författarna anser att detta kan vara ett bra sätt för patienten att kunna bli delaktig i sin behandling och tillsammans med sin vårdgivare kunna ta beslut som rör behandlingen. För personer med mild depression, som inte blivit informerad om att olika sorters biverkningar kan uppstå, anser kanske att behandlingen inte är värd mödan i förhållande till svårighetsgraden av sin depression. Därför kan det vara en god idé att bland annat sjuksköterskan i detta fall har en bra dialog med patienten.

Båda studierna som nämnts ovan är kvalitativa (Price et al., 2011; Haslam et al., 2004), där både individuella intervjuer och gruppintervjuer utförts, och kan därför på ett intimt sätt

belysa patienternas egna erfarenheter och berättelser av farmakologisk behandling. Begränsningar till dessa resultat finns dock då patienterna i ena studien visste vad intervjuerna skulle fokusera på. Det finns även alltid risk för feltolkning av materialet vid kvalitativa studier, vilket också kan påverka generaliserbarheten.

Information

I Haslam et al. (2004) och Verbeek- Heida och Mathots (2006) studier framkom att majoriteten av patienterna som ingick i studierna var missnöjda med informationen om sin behandling. Patienterna kände att informationen var knapphändig och att de saknade vägledning och förslag på andra behandlingsalternativ från någon vårdpersonal (Haslam et al., 2004; Verbeek-Heida & Mathot, 2006). I båda dessa studier (Haslam et al., 2004; Verbeek-Heida & Mathot, 2006) sågs att specifik information om läkemedlets effekter, verkningsmekanism, biverkningar och dosering var något som patienterna även saknade information om (Haslam et al., 2004; Verbeek-Heida & Mathot, 2006). I Haslam et al. (2004) studie kunde ses att den bristfälliga informationen om patienternas medicinering ledde till att de kände sig dåligt förberedda när de skulle börja med medicinen. En mindre del av patienterna i studien var dock nöjda med den medicinska informationen från sin läkare. Dessa personer, det vill säga som fick relevant information om sina läkemedel, sågs bättre kunna fullfölja sin behandling.

I och med detta anser författarna återigen att det är av stor vikt att patienter blir väl informerade om sin medicinering dels för att patienten ska vara införstådd med hur kroppen kan svara på läkemedelsbehandlingen. Ett annat motiv till detta kan vara att patienten kan känna sig bättre förberedd för eventuella problem som kan uppstå men framförallt för att de ska förstå vikten av att fullfölja sin behandling. Detta skulle även kunna bidra till att kostnaderna minskar i detta avseende, då färre patienter lättare skulle kunna undvika att sluta sin behandling för att sedan börja igen.

Beroende

I flera studier behandlas ämnet beroendeproblematik (Kwintner, 2008; Haslam et.al., 2004; Verbeek- Heida & Mathots, 2006). I en av studierna (Kwintner, 2008) var mer än hälften av patienterna oroliga för att skapa ett beroende av medicinen. I de andra två studierna (Haslam et.al., 2004; Verbeek- Heida & Mathots, 2006) såg man att många patienter, på grund av oron för beroendeproblematik, själva började sänka doserna av sina mediciner eller helt avslutade sin behandling. Rädslan för beroende kunde innefatta både fysiska och psykologiska aspekter. I Verbeek- Heida och Mathots (2006) studie såg man att några patienter kände sig förvirrade gällande sina SSRI-preparat, de kände att de hade fått olika budskap kring beroendeproblematiken. Budskapen från media och deras vårdgivare skiljde sig åt vilket därför medförde att några utav dessa patienter trappade ner på sin dos eller avslutade behandlingen.

Det visade sig dock att majoriteten av deltagarna i Verbeek- Heida och Mathots studie (2006) valde att fortsätta medicinera. Här fanns istället främst rädslor för att leva utan sin medicin och att ett eventuellt avslutande skulle kunna bidra till återfall av deras depression (Verbeek-Heida & Mathots, 2006). Även i studien av Haslam et al. (2004) kände några av de patienter som upplevt att medicineringen var fördelaktig att det var oroliga för hur de på ett bra sätt skulle kunna hantera sin livssituation när dem längre fram skulle avsluta sin behandling.

Dessa patienter fortsatte också att ta sina mediciner (Haslam et al., 2004).

Det är svårt att avgöra vad som orsakar att vissa personer känner mer rädsla för att sluta än att fortsätta eller vice versa. Dock anser författarna att beroende på hur man upplever sin läkemedelsbehandling, som i stor grad verkar vara individuellt, kan avgöra om man vill avsluta eller fortsätta med den. Det förefaller även som att behovet av att prata om detta verkar vara stort hos många patienter. Information och vägledning om detta kan kanske vara ett bra exempel på hur sjuksköterskan kan bidra med kunskap till patienterna rörande detta. Som tidigare nämnt har sjuksköterskan enligt Skärsäter (2010) en viktig funktion i och med sin pedagogiska kompetens och holistiska synsätt att möta patienter och kunna stödja patienterna i rätt riktning. Vad som är rätt riktning för varje patient är dock individuellt och detta kan sjuksköterskan försöka formulera tillsammans med patienten (Skärsäter, 2010), vilket författarna instämmer helt med.

Ett antal patienter i Haslams et al. (2004) som beskriver att de drabbats av utsättningssymtom. Detta kopplade patienterna ihop med tecken på att ett beroende uppstått. Enligt FASS (2011) behöver utsättningssymtom gällande vissa SSRI- preparat (exempelvis Citalopram och Paroxetine) inte vara ett uttryck för ett beroende eller att du inte kommer att kunna sluta med medicinen. SBU (2004a) beskriver samma sak, att kraftiga utsättnings- symtom inte orsakas av ett beroende. Detta då SBU (2004a) menar att klassiska symtom på beroende som försumning av vänner, familj och intressen, ökat dosintag samt ständiga aktiviteter relaterat till tablettintag inte förekommer i samband med intag av SSRI- preparat.

Trots att FASS (2011) och SBU (2004b) beskriver att utsättningssymtom inte behöver vara kopplat till beroende, står det ingenstans att intag av dessa inte behöver betyda att du utvecklar ett beroende. Författarna anser därför med stor vikt att ämnet bör tas upp med patienter, då många patienter verkar ha mycket funderingar och känner sig oroliga inför beroendeproblematik. Genom att ta upp det, kan det eventuellt medföra att patienten i förväg bättre kan förstå viken av långsam nedtrappning. Vilket i sin tur kan komma att minska onödigt lidande i form av oönskade utsättningssymtom.

Om patienten dessutom känner sig mer förberedd på att utsättningssymtom kan uppstå kan dessa sannolikt hanteras på ett bättre sätt. Därför anser författarna att man säkerligen kan undvika att många patienter snabbt avslutar sin behandling eller trappar ned med den för fort genom att ge utförligare information, vilket författarna tror kan gynna både patienterna och sjukvårdspersonalen i längden.

Som tidigare nämnt krävs rätt läkemedel och dos samt att behandlingen pågår under en tillräckligt lång tid för att den antidepressiva behandlingen ska bli optimal enligt Dursun (2008). Att många patienter avbryter sin behandling i förtid leder enligt honom till att färre patienter tillfrisknar.

Även om dessa tre studiers resultat (Kwiner, 2008; Haslam et.al., 2004; Verbeek- Heida & Mathots, 2006) inte direkt är generaliserbart för alla patienters upplevelser av antidepressiv behandling, ger dessa ändå en bra insikt i hur vissa patienter kan se och uppleva den. Dessa tre studier är alla kvalitativa studier vilket medför att deltagarantalet är relativt lågt och därför kanske inte är representerbart för hur majoriteten av dessa patienter känner utanför denna studie. Sammanlagt består majoriteten av deltagarna i dessa tre studier av kvinnor, vilket även kan diskuteras om huruvida resultaten kunde sett annorlunda ut om det var fler män representerade.

Kontroll

Som tidigare presenterats i resultatet av Kwinters (2008) studie, uppenbarades att många patienter kände att de tappade en sorts kontroll över sin kropp och själ när de tog sin medicin. I likhet med detta kunde ses i studien av Price, Cole och Goodwin (2011) att många patienter även i den studien kände att de tappade en viss kontroll över sig själva och blev mer frånkopplade och distanserade när de tog sin medicin. En del beskrev det som att de blev som ”robotar” eller ”zombies”.

En deltagare i Kwinters (2008) studie kände dock att den fick mer kontroll över sig själv, sitt liv och sin vardag när han tog sin medicin. Detta kunde även ses i Price, Cole och Goodwins (2011) studie. I den studien kände vissa patienter att de på grund av minskning av vissa negativa känslor så som ilska, oro och aggressioner bättre kunde hantera sin vardag. Även bättre hantering av att möta andra personer samt förbättrad självkänsla var något som de upplevde med hjälp av medicinen.

Genom detta anser författarna i föreliggande studie att upplevelsen och erfarenheten av att bruka antidepressiv medicin än en gång är högst individuell. Hur man upplever behandlingen kan även vara svårt att förutse innan, både för patienten och för vårdgivaren. Detta motiverar till vikten av uppföljning av dessa patienter av vårdgivaren. Uppföljning kan även bidra till att man bättre kan uppskatta om patienten har gjort individuella framsteg med hjälp av medicinen och för att identifiera patienters egna känslor angående sin medicinering. Resonemanget med uppföljning kan även styrkas då man i en av studierna (Vanelli & Coca-Perraillon, 2008) såg att patienter som aldrig tidigare använt sig av antidepressiv medicin hade dubbelt så hög risk att ge upp sin behandling inom de 30 första dagarna, jämfört med patienterna med tidigare erfarenhet av sådan medicin. Dessa patienter kände att det skulle ha varit berikande att få en utbildning i början av behandlingen men framförallt att de borde ha erbjudits en ökad uppföljning under och efter behandlingen av medicinen.

De äldre

I Givens et al. (2005) studie framkom ett antal olika teman om äldres erfarenheter och attityder gentemot antidepressiv medicin. Dessa teman behandlade ämnen som rädsla för beroende, antidepressiva läkemedels inverkan på det naturliga känslolivets och motstånd till att se depression som en medicinsk botbar sjukdom. Nästan lika många män som kvinnor deltog i studien.

I temat som handlade om antidepressiva läkemedels inverkan på naturliga känslor kom det fram att naturlig nedstämdhet var något som de flesta ansåg vara viktigt. Det framkom även att det fanns oroligheter för att medicinen skulle ”radera deras verklighet” och göra dem lyckliga på ett falskt vis (Givens et al., 2005). I studien av Price, Cole och Goodwin (2011) framkom just detta. Där kände majoriteten av patienterna en minskning av intensitet av alla känslor som de upplevt tidigare. Nu kändes känslorna mer ”platta” och mer ”utjämnade”. Andra beskrev känslorna som likgiltiga, totalt blockerade eller helt tomma. Minskningen av intensitet av olika känslor gällde både reducering av positiva och negativa känslor. Reducering av positiva känslor gällde bland annat känslor av lycka, passion, kärlek, tillgivenhet och njutning. De negativa känslorna var känslor som ledsamhet, psykisk smärta, stress, ilska, irritabilitet och aggressivitet och ångest. Några patienter berättade att de inte

kunde agera normalt i vissa situationer, som att kunna gråta vid svåra besked.

Dock kan det vara svårt att dra paralleller mellan dessa studier, då studien gjord av Price, Cole och Goodwin (2011) hade deltagare i olika åldersgrupper, från 19 år och uppåt och inte enbart personer över 60 år. Den hade också deltagare i studien som inte enbart led av depression utan även olika former av ångestsyndrom, vilket kan bidra till minskad generaliserbarhet. Som tidigare beskrivits är depressioner hos äldre ofta något mildare men istället mer långvariga vilket även kan ha bidragit till motstånd att ta antidepressiv medicin, då deras depressioner kanske inte upplevdes lika svåra (SBU, 2004c).

Även i denna studie (Givens et al., 2005) framkom att flera personer som tidigare medicinerats med antidepressiva läkemedel ofta upplevt negativa biverkningar. Dessa patienter vägrade att starta en ny behandling, trots att de blev erbjudna andra preparat.

Farmakologisk behandling i kombination med psykologisk behandling

I studien av Kwinter et al. (2008) såg man att flera patienter upplevde att deras antidepressiva läkemedelsbehandling blev mer effektiv när den kombinerades med en samtida psykologisk behandling. Några patienter upplevde inte detta, men kände däremot att läkemedelsbehandlingen ”pushade” dem till att börja med psykoterapi.

Vid vissa tillstånd av egentlig depression erbjuds kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling. Dock har detta behandlingsalternativ mycket låg prioritet och ges endast som behandling vid undantagsfall. Detta då en kombinationsbehandling inte säkert är mer effektivare än behandlingarna var för sig och medför dessutom en högre kostnad. Det har däremot visat sig att det finns tecken på att kombinationsbehandling accepteras bättre av patienter än enbart farmakologisk behandling (Socialstyrelsen, 2010). Författarna till föreliggande studie anser därför att detta kan vara något att ta i beaktning då detta kanske kan bidra till att patienter känner att det lättare kan ingå en antidepressiv behandling.

Psykologisk behandling

Kunskap för livet

Två studiers resultat (Binder et al., 2005; Finucane & Mercer, 2006) visar tydligt att även om målet med behandling mot depression är att bota själva depressionen så kan psykoterapi även ge kunskap för livet. I studien av Binder et al. (2005) beskrev deltagarna att psykoterapin hade lett till att deras relationer till andra förbättrats, att de har fått ökad självförståelse och även ökad självacceptans. Studien av Finucane och Mercer (2006) visade att merparten av deltagarna fortsatte att tillämpa mindfulness- tekniker tre månader efter att de avslutat terapin. Detta anser författarna till föreliggande studie vara en stor fördel med den psykologiska behandlingen, det vill säga att den även kan verka långsiktigt. Dessutom kan tänkas att genom en långsiktig förbättring av den mentala hälsan så undviks återinsjuknande i sjukdomen.

Alternativa utformningar

Som tidigare nämnt har brist på resurser lett till alternativa utformningar av psykoterapi (Høifødt et al., 2011). Denna litteraturstudie har undersökt acceptansen hos patienterna av två

sådana behandlingar; datorprogrammet ” Beating the blues” och KBT- online. Dessa format tycktes passa några, exempelvis de med datorvana, men generellt verkade inte deltagarna tycka att de var särskilt bra då antalet deltagare som hoppade av var stort. I studien om ”Beating the blues” var det bara 37 procent av deltagarna som fullföljde behandlingen och sedan svarade på den sista enkäten. De som hoppade av följdes aldrig upp vilket minskar studiens generaliserbarhet. I studien om KBT- online fullföljde 38 procent av deltagarna behandlingen. De som hoppade av följdes upp och generellt hoppade de av på grund av missnöjdhet, denna missnöjdhet kunde i vissa fall bero på att själva terapeuten inte var bra. Många uttryckte dock en tydlig missnöjdhet gällande terapins utformning (Beattie et al., 2009; Cavanagh et al., 2009).

Även i studien där deltagarna hade fått pröva en guidad självhjälp mot depression var många deltagare missnöjda. Vissa hade fått hjälp en bit på vägen, men flera uttryckte fortfarande en önskan om att få ”tala ut” med någon om sina personliga problem samt få en ökad förståelse om varför de blivit sjuka (Macdonald et al., 2007).

Hos författarna finns en skepsis mot dessa alternativa metoder, så som KBT- online och guidad självhjälp, som presenterats i denna litteraturstudies resultat. Kanske kan de vara bra vid lindrigare depressioner, om patienten är öppen för det. Dock kan även diskuteras om dessa ”billigare” alternativ verkligen är mer kostnadseffektiva ifall de inte botar depressioner i lika hög utsträckning. Vad som avgör detta beror till stor del på patienternas acceptans av behandlingen, då risken annars är stor att de hoppar av den. Därför anser författarna att fortsatt undersökning av patienternas erfarenheter är av stor betydelse.

Individuella preferenser

Huruvida fokus i framtiden läggs på traditionell psykoterapi eller alternativa utformningar, visar denna litteraturstudie hur viktigt det är att de individuella preferenserna får styra.

I exempelvis Finucane & Mercers studie (2006) såg man att vissa patienter upplevde att gruppterapi var mycket bra medan andra inte gjorde det. I studien av Beattie et al. (2009) uppskattade vissa patienter anonymiteten i mötet med sin terapeut medan andra inte alls gjorde det.

Vi är alla individer med egna åsikter och genom att ta vara på det i beslutandet om behandling mot depression följer vi de vårdetiska riktlinjer som beskrivs i litteratur så som Arlebrink (2006) och ICN: s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2005).

ECT

Studierna visade att det finns många negativa erfarenheter kring ECT bland patienter. Bland dessa nämns exempelvis minnesstörningar och andra kognitiva problem samt otillräcklig information om dessa biverkningar. Enligt Vamos (2008) är det vanligt att personer som får ECT upplever att vårdpersonal och anhöriga har svårt att förstå följderna av den, speciellt med avseende på de kognitiva nedsättningar som kan uppstå. I studien deltog en psykiatriker som fått ECT och som blev chockad över hur lite hon egentligen visste om att genomgå en ECT- behandling. Efter det slutade hon inte att rekommendera ECT men lade större vikt på att ge tillräckligt med information till patienterna. Detta togs även upp av Fisher et al. (2011) och Rayner et al. (2009), att informationen till patienter måste bli bättre.

Trots många negativa erfarenheter av ECT svarade 72 procent av deltagarna i studien av

Rayner et al. (2009) att de blivit hjälpta av ECT. I studien av Koopowitz et al. (2003) svarade deltagare att ECT hade räddat deras liv och att det fick dem att känna sig som sig själva igen. Liknande resultat har setts i tidigare forskning, vilket är andledningen till att metoden är så använd (SBU, 2004b).

Alternativ till ECT?

Det blandade resultat som sågs i studierna behöver nödvändigtvis inte vara motsägelsefulla. Kanske är det så att ECT för många patienter upplevs som en mycket mödosam behandling men att de samtidigt känner att de blir hjälpa av det. I nästan samtliga studier nämnde patienterna dessutom att de kände att det egentligen inte fanns några andra alternativ (van Daalen- Smith, 2011; Fisher et al., 2011; Orr & O'Connor, 2005; Rayner et al., 2009). Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2010) finns många andra behandlingar utöver ECT som exempelvis olika sorters läkemedel (som dessutom kan kombineras), övningar i avspänning och basal kroppskänedom samt olika typer av psykoterapi med mera. Det tycks osannolikt att alla de patienter som upplevde att ECT var det enda alternativet har testat alla andra behandlingar.

Påverkan på resultatet

Övervägande beskrevs negativa erfarenheter av ECT i studierna. Baserat på resultatet av samtliga studier gällande ECT så är ECT för många en omvälvande upplevelse. De som har haft traumatiska erfarenheter av ECT kan enligt författarna fått ett ökat behov av att vilja prata ut om dessa.

En stor negativ erfarenhet som togs upp i samtliga studier var påverkan på minnet. Detta kan bero på valet av teknik vid ECT enligt Socialstyrelsen (2010). De beskriver att den kognitiva påverkan på patienten efter en ECT generellt är större om tekniken "Sine wave stimulation" har använts, vilket den inte görs Sverige. Tekniken "Brief pulse technique" (BPT) används i Sverige just eftersom den har visat på minst påverkan på kognitionen. Alla studier om ECT som har undersökts i denna litteraturstudie är utländska. Därmed kan tänkas att ett annat resultat hade erhållits vid undersökning av endast svenska studier, ett resultat som visat på mindre kognitiv påverkan (Socialstyrelsen (2010)).

De patienter som fått minnesnedsättningar av ECT kan också ha påverkat resultatet då de helt enkelt kanske inte mindes allt som hänt eller sagts. I studien av Orr och O'Connor (2005) nämndes bland deltagarna att de hade svårigheter att minnas allt som hade hänt, men vissa ville hellre koppla det till ålder än till ECT. I studien av Koopowitz et al. (2003) fanns även där uttalanden om att minnestörningarna kunde bero på ålder eller själva depressionen. Oavsett vad som orsakat minnesstörningarna kan inte uteslutas att dessa kan ha påverkat resultatet i litteraturstudien.

Slutsats

Denna litteraturstudie visar bland annat att bättre information bör ges till patienter om olika antidepressiva behandlingar. Dessutom kan tillvägagångssättet vid olika behandlingar bli bättre i många fall. Nedan följer förslag på hur resultatet kan omsättas i praktiska vårdhandlingar;

Farmakologisk behandling

- Bättre information, bland annat om läkemedels effekt, biverkningar och utsättning
- Uppföljning av patienter bör ske i större utsträckning

Psykologisk behandling

- Respektera individuella önskemål och förutsättningar (som kan bero på depressionens djup)
- Vara lyhörd för att många patienter har ett behov av att ”tala ut”

ECT

- Minska kontakten mellan patienter precis före och efter behandlingen
- Börja inte behandling innan patienten är ordentligt nedsövd
- Kommunicera bättre med patienterna, visa förståelse för obehaget kring behandlingen

Något som kunde ses i majoriteten av valda studier var en överrepresentation av kvinnliga deltagare. Detta kan bero på att kvinnor har en tendens att vilja prata mer om sina upplevelser, vilket kunde ses i en studie av Strong et al. (2009) som undersökte hur män och kvinnor beskriver olika typer av smärta. Kvinnor använde nästan alltid fler ord och fokuserade mer på den emotionella aspekten av smärtan. Män däremot använde färre ord och var generellt mer sakliga i sina beskrivningar. Detta skulle kunna säga något om varför kvinnor är överrepresenterade i denna litteraturstudie. Dessutom diagnostiseras kvinnor i högre utsträckning med egentlig depression och dystymi enligt SBU (2004a).

Fortsatt forskning

Författarna anser att det finns skäl till att vidare forska på hur patienter erfar olika typer av antidepressiv behandling. Framtida forskning kan förslagsvis vara inriktad på män, vara av kvantitativ typ och/eller utföras i Sverige. Detta på grund av att författarna anser att det finns en brist på ovanstående information. Dessutom tar denna litteraturstudie inte upp alla rekommenderade behandlingar mot depression. Socialstyrelsen (2010) rekommenderar även behandlingar så som avspänning och fysisk aktivitet i deras nationella riktlinjer. Så författarna anser att det onekligen finns rum för mer forskning inom ämnet. Mer forskning skulle exempelvis kunna leda till att vården av deprimerade blir än mer individanpassad. Detta är enligt författarna att föredra både på grund av tidigare nämnda etiska skäl (Allgulander, 2008; Svensk sjuksköterskeförening, 2005) men framförallt för att bidra till ett ökat antal tillfrisknande patienter då dessa på ett bättre sätt skulle erhålla en behandling som de trivs med och känner sig delaktiga i (Lin et al., 2005; Papakostas, 2009).

REFERENSER

Agüera-Ortiz, L., Failde, I., Mico, J. A., Cervilla, J., & López-Ibor, J. J. (2011). Pain as a symptom of depression: prevalence and clinical correlates in patients attending psychiatric clinics. *Journal of affective disorders, 130*(1-2), 106-12.

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4: e upplagan). Washington DC: American Psychiatric Association.

Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Badger, F., & Nolan, P. (2000). Primary mental health care: whose role is it anyway? *Journal of Nursing Standard, 15*(9), 43-45.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Ghiani, C., & Lepri, B. (2010). Illness risk following rapid versus gradual discontinuation of antidepressants. *The American journal of psychiatry, 167*(8), 934-41.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

van Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B., & Bensing, J. (2010). Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 61*(3), 250-7

Bergdahl, E., Gustavsson, J. M., Kallin, K., von Heideken Wågert, P., Lundman, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old: The Umeå 85+ study. *International psychogeriatrics, 17*(4), 557-75.

Binder, P. E., Holgersen, H., & Hööstmark-Nielsen, G. H. (2005). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy research, 20*(3), 285-94.

Börjesson-Hanson, A., Waern, M., Ostling, S., Gustafson, D., & Skoog, I. (2011). One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(3), 284-91.

Cavanagh, K., Alan-Shapiro, D., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer- Aided Cognitive Behavioural Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive behavior therapy, 38*(4), 235-46.

Cullberg, J. (2000). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.

van Daalen-Smith, C. L. (2011). Waiting for oblivion: women's experiences with

electroshock. *Issues in mental health nursing*, 32(7), 457-72.

Dowrick, C. J. (2004). *Beyond depression: a new approach to understanding and management*. Oxford: Oxford Medical Publications.

Druss, B. G., Rask, K., & Katon, W. J. (2008). Major depression, depression treatment and quality of primary medical care. *General hospital psychiatry*, 30(1), 20-5.

Dursun, S. (2008). Initial effectiveness, partial remission, and full remission in depression: focus on long-term treatment with SNRIs. *CNS spectrums*, 13(7 Suppl 11), 10-4.

d'Elia, G. (2005). *Kognitiv psykoterapi i primärvården*. Stockholm: Natur och kultur.

Fink, M. (2001). Convulsive therapy: a review of the first 55 years. *Journal of affective disorders*, 63(1-3), 1-15.

Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness –based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 7(6), 14.

Fisher, P., Johnstone, L., & Williamson, K. (2011). Patients' perceptions of the process of consenting to electroconvulsive therapy. *Journal of mental health*, 20(4), 347-54.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Frank, L., Matza, L. S., Hanlon, J., Mannix, S., Revicki, D. A., Feltner, D., & Morlock, R. J. (2007). The patient experience of depression and remission: focus group results. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(8), 647-54.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Givens, J. L., Datto, C. J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D. W. et al. (2005). Older Patients' Aversion to Antidepressants. *Journal of general internal medicine*, 21(2), 146-51.

Guze, B. H., & Gitlin, M. (1994). New antidepressants and the treatment of depression. *The Journal of family practice*, 38(1), 49-57.

Hansson, M., Chotai, J., & Bodlund, O. (2010). Patients' beliefs about the cause of their depression. *Journal of affective disorders*, 124(1-2), 54-9.

Haslam, C., Brown, S., Atkinson, S., & Haslam, R. (2004). Patients' experiences of medication for anxiety and depression: effects on working life. *Family practice*, 21(2), 204-12.

Hermann, E. K., Munsch, S., Biedert, E., & Lang, W. (2010). [Psychotherapy for depression]. *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique*, 67(11), 581-4.

- Høifødt, R. S., Strøm, C., Kolstrup, N., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2011). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review. *Family practice*, 28(5), 489-504.
- Isacsson, G., Reutfors, J., Papadopoulos, F. C., Ösby, U., & Ahlner, J. (2010). Antidepressant medication prevents suicide in depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 122(6), 454-60.
- Jönsson, B., & Bebbington, P. E. (1994). What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 164(5), 665-73.
- Klang Söderkvist, B. (2008). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Koopowitz, L. F., Chur-Hansen, A., Reid, S., & Blashki, M. (2003). The subjective experience of patients who received electroconvulsive therapy. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37(1), 49-54.
- Kwintner, M. (2005). Message in a bottle: the meanings of antidepressant medication for psychotherapy patients. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 27-52.
- Lin, P., Campbell, D.G., Chaney, E.F., Liu, C.F., Heagerty, P., Felker, B.L., & Hedrick, S.C. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 30(2), 164-73.
- Lund, R., Nielsen, K. K., Hansen, D. H., Kriegbaum, M., Molbo, D., Due, P., & Christensen, U. (2009). Exposure to bullying at school and depression in adulthood: a study of Danish men born in 1953. *European journal of public health*, 19(1), 111-6.
- Macdonald, W., Mead, N., Bower, P., Richards, D., & Lovell, K. (2007). A qualitative study of patients' perceptions of a "minimal" psychological therapy. *The International journal of social psychiatry*, 53(1), 23-35.
- Markowitz, J. C. (2008). When should psychotherapy be the treatment of choice for major depressive disorder? *Current psychiatry reports*, 10(6), 452-7.
- McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H., & McLaughlin, D. (2010). Benchmarks for effective primary care-based nursing for adults with depression: a Delphi study. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 269-281.
- Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR).
- Meyer, B. L., & Taylor, E. J. (2008). A holistic approach to severe depression: my story. *Holistic nursing practice*, 22(2), 81-6.
- Mouchabac, S. (2009). [Severe depression: pharmacological treatments]. *L'Encéphale*, 35(7), 319-24.

Orr, A., & O'Connor, D. (2005). Dimensions of power: older women's experiences with electroconvulsive therapy (ECT). *Journal of women and aging*, 17(1-2), 19-36.

Palmkron R, Å. (2006). *KBT - Komma på bättre tankar*. Lund: Palmkrons Förlag.

Papakostas, G. I. (2009). Initial treatment approaches for patients with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(6), e18.

Paykel, E. S. (2006). Depression: major problem for public health. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 15(1), 4-10.

Petrides, G., Tobias, K. G., Kellner, C. H., Rudorfer, M. V. (2011). Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for mood disorders: review of the literature. *Neuropsychobiology*, 64(3), 129-40.

Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *The American journal of psychiatry*, 163(9), 1493-501.

Plawecki, L. H., & Amrhein, D. W. (2010). Someone to talk to. The nurse and the depressed or suicidal older patient. *Journal of gerontological nursing*, 36(5), 15-8.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for n* (8: e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Price, J., Cole, V., & Goodwin, G.M. Emotional side effects of selective serotonin reuptake inhibitors: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 211-217.

Rayner, L., Kershaw, K., Hanna, D., & Chaplin, R. (2009). The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Health*, 18(5), 379-388.

Ries, R. K., Jaffe, C., Comtois, K. A., & Kitchell, M. (1999). Treatment satisfaction compared with outcome in severe dual disorders. *Community mental health journal*, 35(3), 213-21.

Sackeim, H. A. (1999). The anticonvulsant hypothesis of the mechanisms of action of ECT: current status. *Journal of ECT*, 15(1), 5-26.

Sado, M., Yamauchi, K., Kawakami, N., Ono, Y., Furukawa, T. A., Tsuchiya, M.,... Kashima, H. (2011). Cost of depression in Japan 2005. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(5), 442-50.

Simon, G. E., & Savarino, J. (2007). Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. *The American journal of psychiatry*, 164(7), 1029-34.

Skärsäter, I. (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Sobocki, P., Ekman, M., Agren, H., Krakau, I., Runeson, B., Mårtensson, B., & Jönsson, B. (2007). Resource use and costs associated with patients treated for depression in primary care. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 8(1), 67-76.

Sobocki, P., Ekman, M., Agren, H., Runeson, B., & Jönsson, B. (2006). The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *International journal of clinical practice*, 60(7), 791-8.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2004a). *Behandling av depressionssjukdomar, volym 1. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2004b). *Behandling av depressionssjukdomar, volym 2. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2004c). *Behandling av depressionssjukdomar, volym 3. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Steffens, D. C., Krishnan, K. R., & Helms, M. J. (1997). Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. *Depression and anxiety*, 6(1), 10-8.

Strong, J., Mathews, T., Sussex, R., New, F., Hoey, S., & Mitchell, G. (2009). Pain language and gender differences when describing a past pain event. *Pain*, 145(1-2), 86-95.

Svensk sjuksköterskeförening. (2005). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L.,... Fava, M. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *The American journal of psychiatry*, 163(1), 28-40.

Vamos, M. (2008). The cognitive side effects of modern ECT: patient experience or objective measurement? *The journal of ECT*, 24(1), 18-24.

Vanderhoff, B. T., & Miller, K. E. (1997). Major depression: assessing the role of new antidepressants. *American family physician*, 55(1), 249-54, 259-60.

Vanelli, M., & Coca-Perraillon, M. (2008). Role of Patient Experience in Antidepressant Adherence: A retrospective Data Analysis. *Clinical therapeutics*, 30(9), 1737-45.

Verbeek-Heida, P. M., & Mathot, E. F. (2006). Better safe than sorry - why patients prefer to stop using selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants but are afraid to do so: results of a qualitative study. *Chronic illness*, 2(2), 133-42.

Världshälsoorganisationen [WHO]. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Världshälsoorganisationen.

Världshälsoorganisationen [WHO]. (2003). *Investing in: Mental health*. Geneva: Världshälsoorganisationen.

Världshälsoorganisationen [WHO]. (2011). *Mental health: Depression*.

Hämtad 20 oktober, 2011, från WHO:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

Wasserman, D. (2000). *Depression: en vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och Kultur.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. (2000). *Comprehensive Guide To Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Wilhelm, K., Parker, G., Geerligs, L., & Wedgwood, L. (2008). Women and depression: a 30 year learning curve. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(1), 3-12.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wood, S. (2008). The contribution of nursing to public health practice in the prevention of depression. *Nursing and Health Science*, 10(3), 241-7.

Woolley, S. B., Fredman, L., Goethe, J. W., Lincoln, A. K., & Heeren, T. (2010). Hospital patients' perceptions during treatment and early discontinuation of serotonin selective reuptake inhibitor antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology*, 30(6), 716-721.

Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

<p>Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.</p>	<p>Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Matris över artiklar i resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., & Kessler, D. 2009 Storbritannien	Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: a qualitative study.	Utforska förväntningar och upplevelser av internetbaserad kognitiv beteendeterapi, s.k. online- KBT, hos patienter inom primärvården med depression. Fokus låg på hur utformandet påverkar den terapeutiska erfarenheten.	Upprepade semi-strukturerade intervjuer av patienter innan och efter terapin.	n = 24 kvinnor = 17 män = 7	Online- KBT upplevdes bäst av vissa subgrupper; de med datorvana, de som gärna skriver ner sina känslor och de som lockas av "anonymiteten". Dock kan avsaknaden av den omedelbara responsen som fås vid terapi öga mot öga leda till negativa tankar hos sårbara patienter, vilket deprimerade människor ofta är.	I K
Binder, P. E., Holgersen, H., & Hööstmark-Nielsen, G. H. 2005 Norge	What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view.	Att utforska hur forna psykoterapi- patienter kännetecknar/exemplifierar vad goda resultat är efter enligt dem en lyckad psykoterapi-behandling.	Semistrukturerade intervjuer.	n = 10 kvinnor = 9 män = 1	Fyra gemensamma teman kom fram rörande patienternas tankar om lyckad psykoterapi. Dessa teman var: nya sätt att förhålla sig gentemot andra, minskning av symtom eller ändrade mönster i beteenden som tidigare orsakat lidande, bättre självförståelse och insikt samt acceptans och ökad självvärdering hos dem själva.	I K
Cavanagh, K., Alan-Shapiro, D., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. 2009 Storbritannien	The Acceptability of Computer- Aided Cognitive Behavioural Therapy: A Pragmatic Study.	Undersöka hur väl det datorbaserade kognitiva beteendeterapi- programmet <i>Beating the blues</i> accepteras av patienter med depression och eller ångestsyndrom.	Programmet erbjöds till patienter i primär- och specialistvård. Utvalda patienter fick upp till 8 sessioner och fylla i blanketter före den första och efter den sista sessionen.	n = 219 (138) kvinnor = 131 män = 88	Före behandlingen var många deltagare positiva till programmet och ansåg det vara en trovärdig behandlingsform . Bland de som fullföljde programmet och svarade på den sista enkäten (37 procent) var de flesta nöjda.	II P

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke- kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
van Daalen- Smith, C. L. 2011 USA	Waiting for Oblivion: Women's Experience with Electrochock.	Att få en ökad förståelse av kvinnors erfarenheter av ECT (elektrokonvulsiv behandling).	Sju kvinnor som genomgått ECT (44- 65 år) samt 15 sjuksköterskor som antingen hade genomgått ECT eller vårdat patienter i samband med ECT intervjuades med hjälp av semi- strukturerade intervjumallar.	n = 22 endast kvinnor	Tre gemensamma teman framkom i studien. 1.) Ett spektrum av sårbarhet: Desperation, maktlöshet, felinformation och rädsla. 2.) Det var inte det jag behövde: Kvinnornas perspektiv. 3.) En klyfta mellan sjuksköterskor och patienter i denna studie.	I K
Finucane, A., & Mercer, S. W. 2006 Storbritannien	An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness –based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care.	Att undersöka effektiviteten och godtagbarheten av MBCT (Mindfulness- based cognitive therapy) hos patienter i primärvården med depression eller ångestsyndrom.	En mixad metod användes där både kvalitativa data samlades in genom semi- strukturerade intervjuer och kvantitativa data genom två olika frågeformulär.	n = 16 (3) kvinnor = 10 män = 3	Deltagarna accepterade generellt MBCT och ansåg att den var välgörande. Många uppskattade även att sessionerna hölls i grupp då det fick dem att känna att ”de inte var ensamma”. Dock tyckte sommiga att kursen var för kort och att uppföljning behövdes.	II K, P
Fisher, P., Johnstone, L., & Williamson, K. 2011 Storbritannien	Patients' perceptions of the process of consenting to electroconvulsive therapy.	Undersöka patienters uppfattningar om processen att samtycka till ECT.	Semi- strukturerade intervjuer.	n = 12 kvinnor = 7 män = 5	Deltagarnas uppfattningar om samtycket till ECT var komplexa och personliga faktorer visade sig vara viktiga. Många deltagare kände att de hade samtyckt utan att få tillräcklig information från medicinska källor och att de inte hade något annat val.	I K

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke- kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Givens, J. L., Datto, C. J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D. W., Nyshadham, S., Vanguri, P., & Barg, F. K. 2005 USA	Older Patients' Aversion to Antidepressant.	Att utforska deprimerade äldre patienters attityder gentemot antidepressiva läkemedel.	Semi- strukturerade intervjuer.	n = 68	Fyra teman visade de intervjuades motstånd till att bruka antidepressiva; rädsla för beroende, motstånd gentemot depression som en medicinsk sjukdom, oro över att antidepressiva läkemedel ska förhindra naturlig ledsamhet samt tidigare negativa erfarenheter av antidepressiv behandling.	I K
Haslam, C., Brown, S., Atkinson, S., & Haslam, R. 2004 Storbritannien	Patients' experiences of medication for anxiety and depression: effects on working life.	Undersöka patienters erfarenheter av att bruka läkemedel mot depression och ångest samt de medicinska effekter som haft påverkan på deras arbetsliv.	Semi- strukturerade intervjuer av patienter som tidigare lidit av depression.	n = 74 (9 fokus-grupper)	Icke följsamhet av medicineringen berodde ofta på biverkningar och brist på förbättringar av symtomen. Många tog mindre än den ordinerade dosen eller slutade ta medicinen helt då de var oroliga för beroendeproblematik. Ofta kände sig patienterna dåligt informerade om sin medicinering.	II K
Koopowitz, L. F., Chur-Hansen, A., Reid, S., & Blashki, M. 2003 Australien	The subjective experience of patients who received electroconvulsive therapy.	Att undersöka patienters subjektiva erfarenheter och personliga åsikter av ECT-behandling.	Semi- strukturerade intervjuer.	n = 10 kvinnor = 5 män = 3	Resultaten varierade från att några patienter inte hade upplevt några förbättringar alls av sin depression till att vissa patienter hade blivit helt återställda.	II K

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke- kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Kwintner, M. 2005 USA	Message in a bottle: the meanings of antidepressant medication for psychotherapy patients.	Undersöka betydelsen av att deprimerade personer som får psykoterapi även får antidepressiva läkemedel.	Semi- strukturerade intervjuer.	n = 11 kvinnor = 8 män = 3	Analysen av intervjuerna ledde till följande teman; stigmatisering och antistigma, beroende, biologi och depression, val, kontroll, makt och sociala system, och antidepressiva läkemedel och psykoterapi.	I K
Macdonald, W., Mead, N., Bower, P., Richards, D., & Lovell, K. 2007 Storbritannien	A qualitative study of patients' perceptions of a "minimal" psychological therapy.	Undersöka deprimerade patienters förväntningar och erfarenheter av en "minimal intervention" (guidad självhjälp).	Semi- strukturerade intervjuer .	n = 24 kvinnor = 20 män = 4	Man kunde se viktiga skillnader i vad patienterna hade för förväntningar av psykoterapi och deras upplevelser av den guidade självhjälpen. En sådan skillnad var att patienterna hoppades på att psykoterapin skulle ge svar på varför de hade blivit sjuka, medan självhjälpen istället fokuserade mer på att minska symtomen.	I K
Orr, A., & O'Connor, D. 2005 Kanada	Dimensions of power: older women's experiences with electroconvulsive therapy (ECT).	Utforska hur deprimerade kvinnor över 65 år upplever ECT (elektrokonvulsiv terapi).	Intervjuer genomfördes med en fråge- guide som stöd. Dessa bandades, transkriberades och efteråt fick deltagarna läsa vad de sagt. En andra intervju genomfördes sedan (med alla utom en) för att se till att författarna fått med allt och uppfattat det rätt. En hermeneutisk forskningsprocess.	n = 8 endast kvinnor ålder = 71- 89	Intervjuerna visade vikten av att tolka ECT- erfarenheten i ett större sammanhang. Det centrala temat i denna studie var förskjutning av dessa kvinnors makt från sig själva till andra i behandlingen av deras sjukdom.	II K

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke- kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Rayner, L., Kershaw, K., Hanna, D., & Chaplin, R. 2009 Storbritannien	The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy.	Att bedöma patienters upplevelser av ECT med fokus på medgivande- processen och behandlingens biverkningar.	En mixad metod där ett frågeformulär ledde till både kvantitativa och kvalitativa data.	n = 389 (0) kvinnor = 261 män = 115 (resterande uppgav ej kön)	Medgivande- processen var generellt tillfredsställande, förutom tillhandahållande av skriftlig information och diskussion om alternativ till ECT. Många svarade att behandlingen hade förbättrat deras tillstånd. Dock hade nästan hälften av patienterna drabbats av minnesförlust pga ECT.	P, K I
Vanelli, M., & Coca-Perraillon, M. 2008 USA	Role of Patient Experience in Antidepressant Adherence: A retrospective Data Analysis.	Undersöka ifall det finns ett samband mellan tidigare användning av SSRI- och SNRI- preparat och nuvarande följsamhet av dessa.	Data samlades in via avidentifierade apoteksjournaler från 1157 olika apotek.	n = 211 561 (0)	Tidigare användning av antidepressiva preparat var kopplat till bättre följsamhet. Patienter som däremot aldrig tidigare hade använt sig av antidepressiva preparat hade dubbelt så hög risk att ge upp sin behandling inom de första 30 dagarna.	R I
Verbeek-Heida, P. M., & Mathot, E. F. 2006 Nederländerna	Better safe than sorry - why patients prefer to stop using selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants but are afraid to do so: results of a qualitative study.	Få insikt om hur beslutsfattandet går till, utifrån patienters perspektiv, vid valet att fortsätta eller sluta ta SSRI- preparat (selektiva serotoninåterupptags- hämmare).	Intervjuer genomfördes utifrån en guide, som även gav rum för det som deltagaren tyckte var viktigt. Dessa bandades, transkriberades och analyserades sedan enligt ”grounded theory”.	n = 16	Den rädsla och osäkerhet kring att sluta behandlingen med SSRI- preparat utan tillräcklig vägledning var starkare än rädslan och osäkerheten kring att fortsätta. Användare tenderade därför att fortsätta behandlingen, med andra ord att ”ta det säkra före det osäkra”.	I K

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke- kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).