



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykoterapeutprogrammet, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2012

Riskerar mediciner att bli substitut för det behandlande samtalet?

– en kvalitativ studie kring fyra psykoterapeuter och en läkares erfarenhet av psykoterapi och psykofarmaka.

Is there a risk of medication becoming a substitute for therapy?

– a qualitative study concerning four psychotherapists and one physician's experience in psychotherapy and psychopharmacology

Författare: Catharina Gidlöf

Handledare: Peter Jansson



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

**Man fångar inte livets sammanhang i de exakta vetenskapernas kausalnät,
man kunde lika gärna försöka fånga solens ljus och blommornas doft med
handen.**

Alf Ahlberg

Innehållsförteckning

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Inledning | 3 |
| 2. | Syfte och frågeställning | 3 |
| 3. | Tidigare forskning | 4 |
| 3.1 | <i>Empiriska vetenskapliga studier</i> | 4 |
| 3.2 | <i>Erfarenhetsbaserade studier</i> | 5 |
| 4. | Teoretisk bakgrund | 6 |
| 5. | Metod | 8 |
| 5.1 | <i>Undersökningsdeltagare</i> | 8 |
| 5.2 | <i>Undersökningsmetod</i> | 9 |
| 5.3 | <i>Datainsamlingsmetoder</i> | 10 |
| 5.4 | <i>Bearbetningsmetoder</i> | 10 |
| 5.5 | <i>Genomförande</i> | 11 |
| 5.6 | <i>Forskningsetiska frågeställningar</i> | 11 |
| 6. | Resultat | 12 |
| 6.1 | <i>Avslutande tankar om resultatet</i> | 18 |
| 7. | Diskussion | 18 |
| 7.1 | <i>Metoddiskussion</i> | 19 |
| 7.2 | <i>Resultatdiskussion</i> | 20 |
| 8. | Förslag till fortsatt forskning | 24 |
| 9. | Referensförteckning | 25 |
| | <i>Bilaga 1</i> | 27 |

Sammanfattning

Syftet med föreliggande uppsatsarbete är att beskriva erfarenheter av psykofarmaka och psykoterapi. Studien är kvalitativ till sin karaktär och utgår från intervjuer med fyra psykoterapeuter och en läkare. Uppsatsen tar utgångspunkt i ett fenomenologiskt perspektiv. Intervjuerna har analyserats så förutsättningslöst som möjligt utifrån EPP-metoden. Arbetet har haft sin grund utifrån fem övergripande frågeställningar; Hur uppfattar vi lidandets mening i relation till psykofarmaka? Påverkas en individs möjlighet att känna och tänka om denne regelbundet brukar psykofarmaka? Kan den som lider förvänta sig vägledning i de olika enskilda, respektive kombinationsbehandlingar som finns? Minskar det egna lidandet genom att sätta ord på sin ångest i psykoterapi? Hur resonerar läkemedelsindustrin i frågan kring individens psykiska lidande? Dessa frågeställningar har vilat mot en filosofisk fond som ställer frågan: Är medikaliseringen ett sätt att medicinera mot livet självt, att göra samhällets tillkortakommanden till ett individuellt problem? Resultaten presenteras i fem synopsis som visar på att; lidande kan ses som kraft till förändring. Antidepressiva läkemedel har en tendens att döva tankar och känslor. Patientens egen vilja är viktig. Mediciner tenderar att bli till substitut för mötet med människor och att relationen till läkemedelföretagen är problematiskt för behandlare då den också är en vinstmaskin.

Nyckelord: Medikalisering, antidepressiva, lidande, EPP- metod, psykoanalys.

Abstract

The purpose of the study is to describe experiences gained from the use of psychotropic drugs and/or psychotherapy. The study is qualitative in nature and based on interviews with four psychotherapists and physicians. The study takes as its basis a phenomenological perspective. The interviews were analyzed as unprejudiced as possible using the EPP method. The work was based on five overreaching issues; How do we perceive suffering, meaning in relation to psychotropic drugs? Is an individual's ability to feel and think affected by regular use of psychotropic drugs? Can an individual who suffers expect guidance via individual treatment or via available combined treatments? Is an individuals suffering reduced by setting words to the anxiety in psychotherapy? How does the pharmaceutical industry discuss the issue of individual mental suffering? These issues have been tested against a philosophical background that asks the question: Is medicalisation a way of medicating against life itself, a way of making society's shortcomings the individual's problem? The results are presented in five synopsis which say that suffering can be seen as force for change. Antidepressants have a tendency to numb thoughts and feelings. The patient's own will is important. Medication tends to be a substitute for meeting people and the relationship to pharmaceutical companies problematic for therapists as the industry is also a profit machine.

Keywords: medicalisation, antidepressants, pain, EPP method, psychoanalysis.

1. Inledning

Idag intar ca 10 % av Sveriges kvinnor och ca 5,5 % av männen antidepressiva läkemedel (Socialstyrelsen 2011). Upplevelsen av ens liv förändras, och i bästa fall minskar lidandet och man kan uthärda det liv man lever. Men hur ska vi förstå att uppskattningsvis 750 000 svenskar varje dag stiger upp ur sängen och väljer att bruka psykofarmaka för att bryta sin nedstämdhet och leda? I hälso- och sjukvårdens dagliga verksamhet uppstår kontinuerligt frågor kring medikalisering, psykodynamisk psykoterapi, korta och långa kontakters vara eller icke vara, evidens eller oklar evidens. En debatt som pågått allt sedan Freuds tid i början av 1900-talet. Samtidigt finns frågan om hur långt en individ får driva sig ner till den yttersta botten i sin tillvaro? När den egna existensen blivit outhärdligt plågsam, för att på så sätt få ett inre tillstånd att vända om och bli början på något nytt med eller utan psykofarmaka. Normala utvecklingskriser som kan innebära ett ofantligt lidande omvandlas till psykisk störning i den kliniska debatten och gränsen för individens normala psykologiska processer sätts ur spel. Glöden i debatten underblåses ofta av en professionell rivaliserande yrkeskår dirigerad av en skicklig marknadsföring av läkemedelsindustrin. Hur blir dessa frågor tvivel för den som lider? Psykofarmaka, psykoterapi, en kombination av dessa eller var och en för sig? När är det rimligt att medicinera, och finns det någon mening med att gå i samtal, och vad innebär det, och är det möjligt att säga nej till psykofarmaka och vem bestämmer det? Förhoppningen är att med föreliggande uppsats bringa klarhet i de frågor arbetet ställt som kan bli ett bidrag i samtalet kring hur vi ytterst ser på förhållandet till livet och lidandet och de skyldigheter som följer av att vi lever. Är medikaliseringen ett sätt att medicinera mot livet självt, att göra samhällets tillkortakommanden till ett individuellt problem?

2. Syfte och frågeställningar

Uppsatsens huvudsakliga syfte är att utifrån ett fenomenologiskt och psykologiskt perspektiv förstå och förmedla den erfarenhet och uppfattning som fyra psykoterapeuter och en läkare har av psykoterapi och psykofarmaka. De övergripande frågeställningarna som arbetet försöker besvara är:

- Hur uppfattar du lidandets mening i relation till psykofarmaka?
- Hur påverkas en individs möjlighet att känna och tänka om denne regelbundet intar psykofarmaka?
- Kan den lidande personen förvänta sig vägledning i de olika enskilda, respektive kombinationsbehandlingarna som finns?
- Minskar det egna lidandet genom att sätta ord på det i psykoterapi?
- Hur resonerar läkemedelsindustrin i frågan kring individens psykiska lidande?

3. Tidigare forskning

Som utgångspunkt för diskussion och reflektion kring de lärdomar av psykofarmaka och psykoterapi som framkommer i föreliggande studie, kan det vara av betydelse att förhålla sig till tidigare forskning. Intentionen under denna rubrik är att presentera fyra olika rapporter, varav tre är empiriska vetenskapliga studier och en erfarenhetsbaserad studie vilka kommer att ligga till grund för min senare resultatdiskussion.

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

SBU-rapporten (2004) redogör och avhandlar en kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykoterapi mycket kortfattat. De sammanfattande slutsatserna i rapporten hävdar att vid lindriga och måttliga depressioner är en kombination av psykoterapi och antidepressiva läkemedel inte så säkert effektivare än behandlingarna givna var och en för sig, medan det vid svårare depressioner finns ett måttligt stöd för att en kombinationsbehandling är effektivare än enbart läkemedel. Mot denna bakgrund har det varit av intresse att ta reda på hur den kliniska praktiken ter sig. För att kartlägga förhållandena i Sverige har i enkät-undersökningar ett större antal psykoterapeuter tillfrågats om hur många av deras patienter som medicinerar med antidepressiva läkemedel och hur behandlingsrutinerna och de kliniska erfarenheterna ser ut. En av dessa enkätundersökningar genomfördes 2004 vid olika psykiatrimottagningar inom Stockholmsområdet (Schubert 2004). Totalt femtio psykoterapeuter tillfrågades och svarsfrekvensen var 70 procent. Enkätfrågorna gällde omfattningen av kombinationsbehandling, när medicinering påbörjades och avslutades i förhållande till psykoterapi samt varifrån och på vilken indikation medicinerna skrevs ut.

Sammanfattningsvis är det idag mycket som tyder på att många, och troligen allt fler, patienter i psykoterapi erhåller antidepressiv medicinering. Ur psykoterapeutisk synvinkel är erfarenheterna både positiva och negativa, beroende på vilka patienter och psykiska problem det är fråga om och när under psykoterapi medicinerna skrivs ut. Resultatet i forskningen visar också att uppföljningen av medicineringen framstår som bristfällig. Medicinintaget pågår under lång tid, och psykologisk tillväjningsrisk kan inte uteslutas, eftersom många patienter trots förbättring är obenägna att pröva utsättning. Studien visar att synen på interaktionen mellan psykoterapi och antidepressiva läkemedel framträder bland psykoterapeuter på två olika sätt, å ena sidan att behandlingarna med psykoterapi och medicinering anses vara för svåra att kombinera och bör hållas åtskilda. Å andra sidan finns ett perspektiv som säger att en integration av behandlingarna eftersträvas i såväl teoretisk som praktisk mening. Avslutningsvis visar undersökningen att mot bakgrund av att kombinationen av psykoterapi och antidepressiv medicinering tillämpas i så stor utsträckning och att denna behandlingspraxis hittills är otillräckligt

utforskad, utvärderad och diskuterad, är ytterligare studier inom området angeläget

I Scott A Freemans (1992) empiriskt vetenskapliga studie hänvisade man till slumpvis 121 patienter med major depressive disorder enligt amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-III till någon av fyra metoder under 16 veckor. En grupp fick det antidepressiva läkemedlet amitriptylin i doser upp till 150 mg, som ordinerades av psykiatriker med täta kontroller. En annan grupp fick kognitiv beteendeterapi en gång i veckan av två specialutbildade psykologer. En tredje grupp fick rådgivning av två kvalificerade socialarbetare, till att börja med en gång i veckan. Det innebar samtalskontakt, socialt stöd och, vid behov, familjesamtal. Den fjärde gruppen fick gå hos en allmänpraktiserande läkare som instruerats att behandla patienten som vanligt vid depression, vilket kunde innebära att remitera patienten till en specialist och förskrivning av antidepressiva läkemedel. Resultatet av studien visade att alla grupperna förbättrades vad gäller de depressiva symtomen. Efter 16 veckor var emellertid resultaten i gruppen som fått samtal och socialt stöd av socialarbetare, utan medicinering signifikant bättre än samtliga övriga grupper. Än viktigare var att snabbheten i tillfrisknande var signifikant störst med denna behandling.

3.2 Erfarenhetsbaserad studie

Patricia Gherovici (2000) beskriver ett annat resonemang i diskussionen kring resultaten hon finner i sina kliniska erfarenheter av den psykoanalytiska behandlingen. Hon forskar kring det egna patientarbetet där personer stått under antidepressiv medicinering. Gherovicis erfarenhetsbaserade studie utgår från en teoretisk reflektion. Huvudtesen i hennes arbete är att medicinering med det antidepressiva läkemedlet Prozac för med sig stora ogynnsamma följder eftersom denna typ av behandling inte medför någon egentlig lösning på de bakomliggande svårigheter som enligt ett psykoanalytiskt betraktelsesätt finns latent i en individs psykiska yttringar. Enligt psykoanalysen ser man inte på psykiska symtom som sjukliga förlopp, som man bör ta bort, utan istället som betydelsebärande resultat som genom det lidande de ger upphov till, bär med sig innebörder som de existentiella svårigheter, i form av sorger, förluster och konfliktfyllda val, som en meningsfull mänsklig tillvaro med nödvändighet rymmer. Enligt Gherovicis psykoanalytiska betraktelsesätt reducerar antidepressiv läkemedelsbehandling människans emotionella känslighet och dennes erfarenhet av lidande. Detta medför visserligen ofta ett bättre fungerande i arbete och sociala sammanhang, som kanske tidigare varit konfliktfyllda eller väckt starka känslor av bristfällighet. Dock sker detta till priset av att individen inte längre berörs av, eller bryr sig om de existentiella konflikter som ligger bakom de manifesta problemen. På så vis försätts individen i ett känslomässigt avtrubbat och passivt tillstånd där livet ytterst sett tycks fungera men där meningsfullhet och kreativitet går förlorad tillsammans med en verklig förmåga att beröras av, sörja, och finna hållbara vägar att stå ut

med livets alla förluster och problem. De hittills förda tankegångarna i de studier jag presenterat berättar om fyra exempel på olika sätt att forska runt psykofarmaka och psykoterapi. SBU-rapporten (2004) visar att det finns en ökning av medicinering i kombination med psykoterapi. Studien visar också att det finns en psykologisk tillväjningsrisk av psykofarmaka som inte kan uteslutas, då många patienter trots förbättring är ovilliga att pröva utsättning. Schuberts (2004) enkätresultat visar att vid psykoterapimottagningar tillhörande områdespsykiatri behandlas ungefär hälften av patienterna med antidepressiva medel och på psykoterapimottagningar utan psykiatrisk områdesansvar cirka en fjärdedel. Förhållandevis få patienter påbörjar medicinering under pågående psykoterapi, vilket tyder på att läkemedelsbehandlingen inletts innan de påbörjat psykoterapeutisk behandling. Medicinerna har i flertalet fall skrivits ut vid psykiatrisk öppenvårdsmottagning eller inom primärvården, men relativt många patienter har också fått läkemedel av privatläkare. Angivna skäl för insättandet av antidepressiva medel var huvudsakligen depressioner, depressiva besvär och ångest, men även personlighetsstörningar och tvångssymtom, om än i mindre omfattning.

Scott A Freemans (1992) studie visar att samtal och socialt stöd av socialarbetare, utan medicinering är signifikant bättre än samtliga övriga grupper. Än viktigare var att snabbheten i tillfrisknande var signifikant störst med denna behandling. Gherovicis (2000) kliniska studie visar att antidepressiva läkemedel främst verkar genom att dämpa den affektiva reaktionen och känsligheten hos den som medicinerar.

4. Teoretisk bakgrund

I det kommande avsnittet undersöker jag vad fem teoretiker har att säga om människans psykiska lidande: Sigmund Freud (1856-1939); den franske psykiatrikern och psykoanalytikern Jacques Lacan (1901-1981); Barbro Sandin, psykoterapeut, erkänd för sitt gedigna psykoterapeutiska arbete med schizofrena vid Sätters Sjukhus; Johan Cullberg, docent i psykiatri och psykoanalytiker och avslutningsvis Johan Beck-Friis med. dr och docent i psykiatri och privatpraktiserande psykoanalytiker.

Freud ställde frågorna: vad begär människan av livet, och vad vill denne åstadkomma i tillvaron? Är svaret på de frågorna de samma som vad individen genom sitt förhållningssätt visar upp som livets mening? Freud menade att människorna strävar efter lycka, de vill bli, och förbli lyckliga. Han säger att denna lyckosträvan har två sidor, en positiv och en negativ. Den är å ena sidan inställd på frånvaron av lidande och olust och å andra sidan inställd på upplevelsen av starka lustkänslor, där lycka i en snävare betydelse innebär det senare. Freud uttryckte vidare att det är lustprincipens program som bestämmer livets mål. (Freud 1929) Lustprincipen, hävdade han, behärskar från första

början den själsliga organisationens process; dess användning kan det inte råda något tvivel om, och likväl är dess program på kollisionskurs med hela världen. Freud menade vidare att lyckoprogrammet är över huvud taget inte möjligt att genomföra. Hela det skapande livets syfte hindrar det; man utmanas att säga att avsikten att individen skall vara lycklig inte finns med i planen för tillblivelsen. Vad man menar med lycka i detta ords mest begränsade mening motsvarar det plötsliga tillfredsställandet av kraftiga uppdämda behov, och det ligger i dess natur att det är möjligt endast som tillfälligt fenomen. Varje varaktighet i en av lustprincipens eftersträvansvärda situation ger endast en känsla av mildt behag; vi är så konstruerade att vi som individer endast kan njuta intensivt endast av kontrasten, inte av själva tillståndet. Därigenom, hävdar Freud, är våra möjligheter att känna lycka begränsade redan genom vår beskaffenhet.

Att uppleva olycka däremot är inte alls lika svårt. Lidandet, menar han, hotar från tre olika håll; dels från den egna kroppen, som beroende på att den är förutbestämd att förfalla och upplösas inte ens kan undvara smärta och ångest som varningssignaler, dels från yttrevärlden, och slutligen från våra relationer till andra människor. En del av intentionen med Freuds teoribygge var att hjälpa individen att ha kunskap i sig själv och människans strävan efter lycka via lustprincipen. Han hjälper oss också att inse dess omöjliga ekvation genom att beskriva den naturligt överhängande nödvändigheten av lidandet. Detta genom en möjlighet att undersöka de förnekade och dolda sidorna av vårt psykiska inre liv, bekanta oss med de aspekterna och förstå de roller dessa spelar i våra liv. Det var betoningen på det psykiska livet som skilde hans analys från andras. Vad vi tänker om människans inre liv, vårt psykiska liv, är det viktigaste av allt enligt Freud (Bettelheim 2001).

Lacan talar om individens lidande i termer av brist som är inskriven i människans existens, i hennes vara. Han menar att subjektet alltid har en föregripande relation till sitt eget förverkligande, vilket kastar denne tillbaka till en nivå av djup otillräcklighet och som vittnar om en spricka hos subjektet, en ursprunglig övergivenhet. I sista hand blir döden det existentiella predikamentet som blir till en potentiell möjlighet som närvarar som en brist i det mänskliga varat. Detta gör således individen till en lidande varelse (Lacan 1953).

Sandin diskuterar mänskliga livsvillkor kring lust och lidande i boken *Den zebrarandiga pudelkärnan* (1986). Hon problematiserar människans inväxande i världen och människan som samhällsvarelse, vars liv får mening och innehåll i relation till sina medmänniskor. Hon menar att det finns en stark tendens att avpersonifiera den lidande människan och göra henne till ett sjukdomstillstånd där själva tillståndet som sådant drar till sig intresset. Sandin menar att det görs stora insatser och satsas stora pengar medan individen-patienten behandlas ur en farmakologisk effektsynpunkt, vilket innebär att patienten svarar bra eller mindre bra på ett visst kemiskt ämne.

Cullberg formulerade tankar om hur psykiska kriser är en del av människans liv och som ingen undgår. En del kriser, säger Cullberg, är utlösta av plötsliga och oväntade skeenden, många gånger svåra händelser, andra kan sägas höra till det normala livet till. Cullberg menar att krisen innebär ett lidande genom utveckling och mognad (Cullberg 2006).

Beck-Friis skriver i boken, *När Orfeus vände sig om* (2005), om depressionen som förlorad självaktning och att ledsamhet tillhör livets vardag och att depression ingår i livets gissel. Han diskuterar depressionens psykodynamik, med vilket han menar interaktionen mellan depressionens yttre och inre förutsättningar. Till de yttre menar han de sociala förutsättningarna för att en inre depressiv kris uppkommer, det vill säga olika villkor i den sociala miljön alltifrån det som sker på samhällsnivå till det som sker inom familjen eller i den omedelbara närkontakten med andra människor. Hit räknar han också yttre biologiska och fysikaliska förutsättningar som årstidsväxlingar och klimat. Till de inre förutsättningarna räknar han de fysiska förändringarna som sker i insjuknandet i depression, liksom de förändringar som sker vid användandet av antidepressiva mediciner. Till de inre förutsättningarna räknar han också det inre psykiska livet, där han menar att depressionen har sitt huvudsakliga säte. Detta inre psykiska liv betraktar Beck-Friis i termer av medvetna och omedvetna tankar och känslor, föreställningar och slumrande föreställningar, ideal och skuldkänslor, skam och dolda hemligheter. Han menar att det alltid råder ett samspel mellan dessa yttre och inre aspekter. Beck-Friis utgångspunkt är av dubbelt kunskapsintresse precis som Freuds, Lacans och Cullbergs. Dels som psykiatriker inom psykiatrin dels som praktiserande psykoanalytiker.

5. Metod

Jag har valt att använda mig av en fenomenologisk ansats som är kvalitativ och beskrivande till sin karaktär.

5.1 Undersökningsdeltagare

I studien deltog ursprungligen två kvinnor och fyra män. Fem av informanterna är leg. psykoterapeuter och en av informanterna är överläkare. Samtliga informanter har egen erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete och psykofarmaka. Informanterna eftersöktes med hjälp av min handledare och genom kontakt med privata psykoterapiinstitut. Nedan redovisas bakgrundsuppgifter om de informanter vars erfarenheter ingår i studien. En av intervjuerna kom inte med på bandupptagningen och det blev heller inte möjligt att göra om intervjun, varför den inte ingår i studien.

Tabell 1 Bakgrundsuppgifter om deltagarna i studien.

| Yrkesutbildning | Yrkestitel | Ålder | Kön | Antal år i yrket |
|--|---|-------|--------|------------------|
| Psykolog/Psykoterapeut/ Handledare | Psykoterapeut/Handledare | 60 | Kvinna | 30 år |
| Socionom/Psykoterapeut /Handledare | Psykoterapeut/Handledare | 60 | Kvinna | 37 år |
| Psykolog/Psykoterapeut | Enhetschef inom psykiatri/ Psykoterapeut | 43 | Man | 13 år |
| Psykolog/Specialist i klinisk psykologi /Psykoterapeut | Enhetschef inom psykiatri/ Psykoterapeut | 43 | Man | 16 år |
| Psykiatriker/Specialist inom psykiatri | Verksamhetschef/ Chefsöverläkare inom psykiatri | 38 | Man | 10 år |

5.2 Undersökningsmetod

Metoden som valts i detta arbete syftar till att fördjupa förståelsen av det fenomen som studeras, snarare än att den ger en fenomenologisk rekonstruktion av upplevelsen. EPP-metoden (*Emperical Phenomenological Psychological method*) baseras på Edmund Husserls (1859-1938) fenomenologiska filosofi. Ansatsen är kvalitativ och syftar till att besvara frågan *vad något är och hur det sker* (Karlsson 1999). Husserl menar att det väsentliga, eller själva essensen finns i det omedelbart givna. Det vi kan uppleva med våra sinnen kallar han fenomenet. Husserl utvecklade flera olika metoder så kallade *fenomenologiska reduktioner*. Reduktioner handlar om att "sätta parantes" kring teorier, vetenskaper etc, för att på så sätt göra oss öppna och fördomsfria för det som är givet i själva upplevelsen (Karlsson 1999). Betoningen ligger på *medvetandets intentionalitet*, då erfarenheter rymmer både en yttre skepnad och en inre upplevelse som baserar sig på minne, bilder och mening (Creswell 1998). En annan fenomenologisk filosof, Merleau Ponty (1908-1961), har uttryckt det som att människan är dömd till mening (Bengtsson 2001). Fenomenologin vill alltså klargöra både vad som framträder och hur det framträder. Fokus ligger på människors perspektiv på sin värld och att från detta, i detalj, beskriva erfarenheternas innehåll och struktur. Metoden strävar efter att göra det osynliga synligt genom att gå utöver det omedelbart upplevda och att artikulera en förreflektiv nivå av levda innebörder (Kvale 1997). Det som söks är den underliggande, implicita, meningen som informanten ger fenomenet genom sina berättelser, som är explicita. Gunnar Karlsson har utvecklat EPP-metoden som baseras i modifierad form, på fem

moment, i Husserls fenomenologiska filosofi. Traditionen enligt empirisk fenomenologisk psykologi har gett upphov till flera varianter av *fenomenologiska analyser*. Metoden innehåller hermeneutiska element, såsom forskarens förståelse som styr dataanalysen. Den kommer från en kulturell och historisk horisont. Det fenomenologiska perspektivet betraktar människors subjektiva erfarenheter som relevant kunskap. Syftet är att undersöka medvetandets struktur samt att förstå essensen. Den fenomenologiska metoden kan beskrivas med hjälp av metaforer. Till exempel ”själva saken”, ”se och lyssna”, ”hålla ögonen öppna”, ”inte tänka men se”. Det handlar om att beskriva *det givna* så exakt och fullständigt som möjligt. I sökandet efter *väsen* övergår man från att beskriva enskilda fenomen till att söka efter deras gemensamma väsen.

5.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen har skett via ljudupptagning med bandspelare. Den gjordes vid samtliga intervjuer och materialet transkriberades senare till skriven text. Vid transkriberingen har jag valt att inte redigera intervjumaterialets talspråk med åtanke att inte förvanska innehållet i det som informanterna berättat. I studien intervjuades ursprungligen sex personer kring deras erfarenheter av psykoterapi och psykofarmaka och då i huvudsak antidepressiva medel. Frågorna är strukturerade, se *bilaga 1*. Varje informant var tänkt att intervjuas vid ett tillfälle men av tekniska svårigheter med bandupptagningen var jag tvungen att göra två av intervjuerna vid två tillfällen. Det blev dock endast en omgjord intervju då jag inte fick möjlighet att göra om den andra av de två misslyckade intervjuerna. Intervjuerna tog mellan 35-60 minuter.

5.4 Bearbetningsmetod

Analysen enligt EPP- metoden består av 5 olika moment.

Det första steget består av en genomläsning av protokollen, den transformerade intervjutexten, tills forskaren har fått en bra uppfattning om innehållet. En typ av allmän förståelse av vad subjektet vill förmedla. Forskaren skall ha fokus på den empatiska förståelsen (FEF).

Steg två består av indelning av hela protokollet i mindre bitar som vart och ett skapar en mening. De kallas *meningsenheter* (ME). En meningsenhet framträder genom att variationer i meningen eller innebörden uppträder. Detta blir en urskiljbar del i protokollets sammanhängande helhet. Här i denna indelning fick jag fram mellan 15-37 meningsenheter per protokoll där fenomenet, informanternas erfarenheter, hela tiden fanns som fokus.

I det tredje steget transformerar forskaren de enskilda meningsenheterna till ett neutralt forskarspråk. Samtidigt gör forskaren en psykologisk tolkning av textens meningsstruktur med hjälp av sin interpretativa förståelse (FIF). Det

finns alltid implicita betydelser i protokollet som subjektet inte tematiserar. Forskarens uppgift blir att finna dessa och göra dem explicit medvetna. Ett hermeneutiskt arbetssätt skall tillämpas och de transformerade (ME) skall ses i ljuset av hela protokollet enligt den hermeneutiska cirkeln.

| Intervjutekst | Meningsenhet (ME) |
|--|--|
| <p>Informantens berättelse:</p> <p>”en tablett är ju alltid en tablett, man behöver ju inte anstränga sig för att svälja den, oftast behövs det ju bara lite vatten så är det gjort”</p> | <p>Forskarens transformation:</p> <p>”tabletter kräver ingen ansträngning”</p> |

I steg fyra syntetiseras de transformerade meningsenheterna (ME) till så kallade *situerade strukturer* och presenteras i form av synopsis vilket innebär att det formuleras sammanfattande meningsenheter på svaren från de ursprungliga frågorna. Jag valde ut fem stycken. I detta steg kan forskaren frigöra sig från subjektets sätt att strukturera sin upplevelse och arrangera konstituenterna (ME) på ett fenomenologiskt signifikant sätt.

I det femte och sista steget söker forskaren efter *gemensamma kännetecken* så kallade konstituenten som visar sig i protokollen. Om samma kännetecken upptäcks i alla protokollen kan dessa sägas vara generella kännetecken på fenomenets väsen. Om forskaren finner kännetecken i några protokoll kan dessa sägas vara *särskilda kännetecken* (typologier) på fenomenets väsen. Forskaren arbetar enligt den hermeneutiska cirkeln, då man söker efter del och helhet i tolkningsarbetet. Här fann jag tre gemensamma kännetecken och två särskilda drag.

5.5 Genomförande

Intervjuerna genomfördes under maj och juni 2011 på respektive informanters arbetsplats, utom vid ett tillfälle där intervjun gjordes på min egen arbetsplats.

5.6 Forskningsetiska frågeställningar

Den svenska etikprövningslagen (2003:460) kom 1 januari 2004. Den omfattar grundläggande bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor, samt omfattas i förordningen (2003:615) om etikprövning av

forskning som avser människor. I normalfallet skall C-uppsatser inte behöva underkastas någon etikgranskning. Bedömning måste här göras av ansvarig handledare. Enligt lagen är det viktigt att uppsatsen utformas så att etikprövning inte måste göras enligt lag. Dessutom kan handledaren (tillsammans med studenten) begära granskning i Forskningsetiska kommittén om det finns uttalade etiska problem (Mittuniversitetet 2011). I föreliggande studie har ambitionen varit att låta etiken löpa genom hela forskningsprocessen vilket innebär att jag haft ett professionellt uppträdande och ett öppet sinne. I förfrågan till informanterna informerades dessa om studiens syfte, och att deltagandet var helt frivilligt och att det kunde avbrytas när som helst. Varje informant fick information om att deras identitet kommer att beaktas med största konfidentialitet. Under resultatdelen har citaten varsamt blivit använda genom informanternas anonymitet.

6. Resultat

Resultatet presenteras i fem synopsis mot bakgrund av studiens föreliggande syfte dvs. informanternas erfarenheter av och åsikter om psykofarmaka och psykoterapi med utgångspunkt i följande övergripande frågeställningar,
 Hur uppfattar vi lidandets mening i relation till psykofarmaka?
 Hur påverkas en individs möjlighet att känna och tänka om denne regelbundet intar psykofarmaka?
 Kan den lidande personen förvänta sig vägledning i de olika enskilda, respektive kombinationsbehandlingarna som finns?
 Minskar det egna lidandet genom att sätta ord på det i psykoterapi?
 Hur resonerar läkemedelsindustrin i frågan kring individen psykiska lidande?

Tabell 2 De fem synopsis som framkommit redovisas inledningsvis kortfattat uppdelade i gemensamma kännetecken och särskilda drag i informanternas erfarenheter

| Gemensamma kännetecken | Särskilda drag |
|--|--|
| Lidande som kraft till förändring och kreativitet. | Mediciner riskerar att bli substitut för det behandlande samtalet. |
| Antidepressiva medel dövar tankar och känslor. | Läkemedelföretagens vinstintresse. |
| Patientens egen vilja. | |

Gemensamma kännetecken

Lidande som kraft till förändring och kreativitet.

Samtliga informanter talar om lidandet som en möjlig och nödvändig kraft till förändring och mognad. En kreativ kraft som ses som ett måste i all rörelse i livet, där en av informanterna uttrycker:

Människan lever i förhållandet till en tragisk fond, och hur skall det gå att undvika, det fattar inte jag? Jag undrar om det är bra att ta bort lidande...jag tror inte det. Lidandet sporrar ju människor till att göra saker, som att läsa böcker, hitta en partner och skapa.

Det finns sålunda ett pris att betala för livet vilket innebär att de normala utvecklingskriserna likväl de traumatiska kriserna kan mynna ut i goda omständigheter. Ett lidande som kan vara kreativt men för den sakens skull inte desto mindre smärtsamt. Låt oss höra vad en annan informant uttrycker:

Om lidandet bäddas in på något sätt så att drivkraften till förändring... då finns inte den riktigt, så det är därför det är trögare med förändring, drivkraften blir ju att man söker terapi!

Det finns följaktligen en behållning med att må dåligt, att tillåta ett öppet sår, utan att snabbt behandlas genom att lindra och bädda in smärtan. En av informanterna berättar:

Medicineringen dämpar ju ångesten som drivkraft och ångest är ju det som kan hjälpa oss människor, eller, att driva på en förändring, en förändring som blir dämpad...

Ångesten ses som en hjälp, som ett bränsle till en förändring. Kort sagt, livet som oundvikligt är förknippat med begränsningar och ytterst om döden och passionen som ju också betyder lidelse och lidande. Här uttrycker en av de manliga informanterna:

Ingen kan ju vara glad över att människor stoppar i sig antidepressiva mediciner, det är väl inte roligt för ett samhälle om en stor del av befolkningen känner en sån meningslöshet och ett sådant lidande att de måste stoppa i sig piller hela tiden, det vore väl bättre för ett samhälle om det gick att lösa på ett annat sätt?

Informanterna menar att i det psykiska lidandet är vi i kontakt med viktiga förutsättningar för förändring, som visar på att vi inte är oföränderliga. Det kan vara existentiellt viktigt att vara i sitt lidande när det är påkallat och medicin i sig inte är det som man ytterst tänker sig som en behandlingsform.

Antidepressiva medel dövar tankar och känslor.

Samtliga informanter lyfter fram medicineringens biverkningar, där stumheten, minnespåverkan eller den dövande effekten tydligt gör sig påmind.

Informanten som i sin yrkesutövning tjänstgör som överläkare ser dock biverkningarna som någonting positivt och uttrycker:

Den icke Freudianska delen av de omedvetna...jag tror inte det är det du är intresserad av men jag svarar ändå...så kan psykofarmaka påverka det på två sätt; det ena är att man sett att det ibland blir en minnespåverkan, att patientens minne kan försämrans därför att det är en form av biverkan av psykofarmaka och andra sidan så kan det bli precis tvärtom som jag sa förut att en patient ältar allting om hur tråkigt det är minns inte att de haft tider i livet som varit bra, då kan psykofarmaka göra så att patienten börjar minnas någonting som var bra.

En annan informant säger:

Det har varit svårt att prata för de har inte känt någonting, stumma både i ord och känslor, en stumhet som inträffat i dem genom medicineringen.

En av de kvinnliga informanterna talar mer om den existentiella verkligheten vi ställs inför i livets olika skeenden och hur det blir med den om vi väljer att använda oss av medicin för att undgå känslor av smärta:

Jag blir avskärmad mot upplevelsen av mina existentiella livsvillkor eller grundvillkor, då förnimmer jag ju inte det så att säga i min medicinerade vardag.

Som jag uttryckte ovan delade alla informanterna uppfattningen om biverkningarnas reella existens, dock förhöll de sig olika. Fyra av informanterna som arbetar som psykoterapeuter benämnde biverkningarna som en svårighet och en handikappande effekt för patienter vilket gjorde att läkemedlets verkan kom i skymundan för dess biverkningar. Informanten som tjänstgör som läkare benämnde biverkningen delvis som en god effekt för patienten då denne kunde få ta del av sitt inre psykiska liv genom ett ökat minne på ett sätt som inte psykoterapeutinformanterna uttryckte. En annan av de manliga informanterna menar:

Sexualiteten är närvarande i talet, i människors sökande efter mening och efter kärlek och jag uppfattar att personer som medicinerar med antidepressiva att där blir patienten något mera likgiltig i sitt förhållningssätt till omvärlden.

Denna informant fördjupar den antidepressiva medicineringens påverkan genom att tänka kring vad som händer i talet och då kring det som många

patienter har svårigheter med nämligen sexualitet och kärlek; just svårigheten att få fatt i tankarna kring den egna kärlekslösheten. Samma informant talar om sorgens påverkan av psykofarmaka genom att uttrycka:

Jag tänker mig att patienter på antidepressiva får ett förflackat känsloliv kanske man skulle kunna säga, de har inte samma tillgång till sorg.

Alla informanter talade på olika sätt om de olika biverkningarnas effekt. Några av dem talade mycket om sorgens svårigheter att få komma till uttryck och att sorgen får stå tillbaka.

Patientens egen vilja.

Alla informanter talade om patientens egen vilja som ett tydligt inslag i arbetet att erbjuda hjälp för patientens svårigheter. Detta genom att presentera formen för behandlingen på ett sätt så att patienten medverkar till en kombination av samtal och medicin, och eller medicin eller endast samtal som behandlingsform. Detta betyder också att patienten berättar vad denne inte vill. En av informanterna säger:

Dom vill göra något annat i livet än att stoppa i sig en tablett, de ser sig inte som människor som ska behöva äta det hela livet, jag har träffat få...men så är jag ju psykolog och inte läkare.

Samma informant formulerar:

Antidepressiv medicinering, jag kanske har två eller tre patienter på 16- 17 år som säger att det är extremt bra, att de aldrig vill sluta och att det är det ända de vill ha...utan patienterna problematiserar det mycket mer, det är ingen sesamlösning.

Förutsättningarna för de olika valen av hjälp är en viktig del då man önskar sig en medicinsk behandling, en av informanterna uttrycker:

Det är ett eget val men man måste få veta förutsättningarna.

Här menar informanten att det är viktigt att som patient få ta del av de verkningar men också de biverkningar som en medicinsk behandling innebär. Då informanterna verkade inom olika sammanhang kunde de besvara mina frågor genom skilda glasögon, där en av informanterna menade:

Inom psykiatrin är man ju föga filosofisk kan man säga, den är medicinsk.

Detta innebar att man som patient med större sannolikhet erbjuds psykofarmaka som behandling inom psykiatrin snarare än en samtals-

behandling oavsett patientens vilja och önskan. Men att patienter inte vill bruka medicin under resten av sitt liv uttryckte en informant genom att säga:

Det är inte det dom vill alltså, de vill inte vara ensamma, de vill inte misslyckas med allt i livet, de vill inte äta psykofarmaka hela livet, de vill vara på banan som alla andra.

Patienterna i informanternas berättelser ser inte antidepressiv medicinering som en lösning, utan de problematiserar sina svårigheter om de får möjlighet och hjälp i detta. Patienterna i informanternas erfarenheter betonar att antidepressiv läkemedelsbehandling inte leder till någon lösning på det man skulle kunna beteckna som livsomständigheter som t ex svårigheter i familjeliv och på arbetsmarknaden.

Särskilda drag

Mediciner riskerar att bli substitut för det behandlande samtalet.

Några av informanterna menade att medicinering enbart fanns till förfogande på grund av att det inte finns tillräckligt med resurser inom vård och omsorg. En av de kvinnliga informanterna uttryckte:

Om det fanns tillgång i vården av människor så tänker jag att det då inte skulle behövas mediciner.

Samma informant utvecklade sitt resonemang och menade:

Med en tillgång till människor som du kan samtala med, så att du kan komma i en så trygg miljö som möjligt som går att ta in successivt om du är psykotisk eller självmordsbenägen, ja alla möjliga tillstånd eller om du är djupt nere i en depression så behövs inga mediciner...

Informanten hävdar att psykofarmaka inte är nödvändigt om det fanns en annan typ av omhändertagande. En annan informant uttrycker en liknande tanke:

Man kan behöva medicinera i vissa lägen då en människa lider något otroligt i vissa lägen och inget annat hjälper och man inte har tillgång till psykologisk hjälp, som skulle kunna hjälpa.

Båda dessa informanter uttryckte att om det fanns tillräckligt med människor som kunde skapa en trygg och omhändertagande atmosfär så är medicin inte nödvändigt med ett undantag för den ena informanten som ansåg:

Det finns tillfällen då man måste använda psykofarmaka...som mot psykos och så...det tycker jag verkligen, det är lätt att förstå.

Här uttryckte en tredje informant liknande erfarenheter då lidandet var av psykotisk eller av gränspsykotisk karaktär:

I vissa tillstånd i psykotiska eller gränspsykotiska...eller sömnlöshet då måste man medicinera, tänker jag...

En annan informant menade att det var viktigt att som psykoterapeut inge ett hopp, och att man som människa under livet bara lever på och upprepar sig på olika sätt utan att förstå att hon i själva verket är en berättelse. En berättelse som vill spinna vidare mot nya öden och nya mål, inte göra som man alltid gjort och på så sätt bli lite friare men nödvändigtvis inte lyckligare:

Jag problematiserar om en patient vill äta mediciner för att jag tänker att det ger hopp, inger hopp och att om man genast går på iden om medicin så riskerar man att släcka hoppet, det är något fel på mig, något måste rättas till.

Informanterna uttryckte vidare vikten av att få tillgång till talet, språket, i ett eget rum och på så sätt få hjälp att formulera och finna ord kring det som förut uttrycktes som tomhet eller ångest i det egna lidandet:

Om man väljer att gå i terapi så slutar man ju ofta med mediciner efter ett tag. ibland rätt så snabbt. Det är samma med suicid att kommer du till terapi så...det är därför så att psykoterapeuter ändå trots allt inte råkar ut för så mycket självmord, trots allt, för när de väl kommer till en terapi så vill de ju göra något åt det, de som tar livet av sig har ju ofta inte pratat med någon men börjar man väl tala så är det ofta större chans att inte ta sitt liv. Man måste hjälpa dem att ifrågasätta om det är den hjälpen de behöver eller om det här är ett livsproblem som man måste ta sig igenom.

Läkemedelsföretagens vinstintresse.

Tre av informanterna uttryckte en tydlig åsikt kring att det finns mycket pengar att tjäna i läkemedelsindustrin. Låt oss höra vad en informant säger:

Det är inte lätta frågor och jag vet att läkemedelsföretaget gärna vill förenkla det liksom, dom vill ju tjäna bra pengar dom är ju en vinstmaskin.

En annan informant uttrycker sig på liknande sätt:

Så fort jag tänker på psykofarmaka så tänker jag att det är mycket svårt att skilja det ifrån att läkemedelsindustrin har ett profitintresse i det att vi ska använda mediciner.

Samtidigt så menade de att mediciner vid mer fysiska svårigheter inte var så sammanblandat med ekonomi, då säger en av informanterna så här:

Jag förstår verkligen att människor tar till mediciner om det gör jätteont, om jag har ont i huvudet tar jag alltid en tablett, jag är inte tveksam till mediciner men jag är tveksam till att vi är påverkade av ett vinstintresse av att sälja mediciner.

6.1 Avslutande tankar om resultaten.

Den övergripande slutsatsen i denna studies resultat är de sagda erfarenheterna kring lidandets olika skepnader. Beroende på vilken inställning informanterna har i frågan om lidandets ursprung så intas två positioner. De rör sig i huvudsak efter två linjer; den medicinskt - biologiska och dels de tankegångar som mer följer den psykoanalytiska utvecklingsteorin. Informanterna har genom sina berättelser fördjupat vikten av en helhetssyn på individen. En helhetssyn som visar på att den som lider ingår i såväl biologiska- och biokemiska som psykologiska och sociala faktorer. Att skapa motsättningar mellan dessa aspekter är en konstruktion som är mycket olycklig och onödig situation för våra patienter, som en informant avslutar en intervju:

Människan är gåtfull och ingen har löst gåtan kring det mänskliga lidandet, det mänskliga livet och vad det innebär.

7. Diskussion

Det övergripande syftet i denna uppsats är att beskriva, och utifrån ett fenomenologiskt och psykologiskt perspektiv förstå den subjektiva erfarenhet informanterna har av psykoterapi och psykofarmaka. Avsikten i det föregående resultatavsnittet har främst varit att beskriva dessa erfarenheter utifrån de fem olika synopsis som framkommit. Nu återstår under detta avsnitt att på ett mer övergripande plan diskutera resultaten och hur de hade sett ut om jag gjort studien på ett annat sätt. Gemensamt för alla informanterna var uppfattningen att lidande som kraft är en nödvändighet i all mänsklig förändring, mognad och kreativitet. Vad kan då sägas om informanternas erfarenheter? Vad har de för innebörder och konsekvenser? Som författare av studien funderar jag över mina formuleringar i inledningen. Hur blir det för patientens lidande i en värld där olika professioner talar olika språk och är av olika uppfattning i frågan kring psykofarmaka och psykoterapi? Har denna studie bringat någon klarhet i den frågan? Ja, det tycker jag även om det finns svårigheter att generalisera utifrån ett så litet empiriskt material. Studien kan dock bidra med de existentiella uppfattningarna som framkommit, ett tema som jag möter och arbetar med i min kliniska vardag på Ungdomsmottagningen. Unga vuxna medicinerar för att det är det enda alternativet som i det snabba mötet med läkaren erbjudits dem då de sökt hjälp för sitt lidande på sin vårdcentral eller behövt söka sig direkt till stadens akutmottagningar. För att sedan bli lämnad med att medicinera på egen hand utan någon egentlig uppföljning.

Som ungdom och ung vuxen är du många gånger i händerna på de vuxna du möter i svåra situationer. De förväntar sig ett kunnande från sjukvårdens anställda att ge den bästa hjälpen och den mest självklara. Att sjukvården många gånger inte problematiserar den lidande patientens svårigheter ter sig helt normalt i ett samhälle där mötet är tidsbestämt och kunskapen inte alltid verkar finnas. På ungdomsmottagningen har jag som kliniker fortfarande möjlighet att stanna upp och problematisera och ge patienten en möjlighet att få lov välja på vilket sätt denne vill eller har egna resurser till att ta sig an en traumatisk kris, orka ta sig upp ur sängen eller hantera ett sorgearbete. Vi diskuterar möjligheten att bruka psykofarmaka ifall det blir nödvändigt och att det då är mitt uppdrag att stanna kvar och problematisera vikten av att det sker via en samtalskontakt. Det som jag fortsatt funderar över i denna studie är vad det hade blivit för resultat om jag riktade in mina frågor kring kön. Inledningsvis går det att läsa att så många som 10 procent av Sveriges kvinnor intar psykofarmaka! Hur har dessa kvinnor gjort det valet, har det problematiserats, och i sådana fall hur? Går det att finna en klassfråga i valet av psykofarmaka och psykoterapi? Som jag skriver i teoridelen så menar Freud att lidande är en kunskapsfråga, en kunskap kring det egna symtomet. Vilka i vårt samhälle vet att det är möjligt att problematisera kring detta och vilka vet det inte? Jag har ju också valt att enbart ha en läkare med i studien och där funderar jag såklart hur det hade blivit med de fem kategorier som framkommit om de hade sett annorlunda ut om jag i studien hade intervjuat exempelvis tre läkare och tre psykoterapeuter.

7.1 Metoddiskussion

I den kvalitativa forskningsmetoden refererar forskaren inte till några statistiska analyser i redogörelsen av studiens resultat. Begrepp som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet har inom den kvantitativa forsknings-traditionen relativt bestämda innebörder medan ett enhetligt synsätt saknas inom den kvalitativa forskningen. Många anser att validitetsbegreppet bör ges en annan och bredare innebörd i kvalitativ forskning där andra ord som används är förståelse, autenticitet och trovärdighet (Kvale 1997). Validiteten i föreliggande studie handlar om att titta på om jag studerat det som jag haft för avsikt att undersöka och jag på ett trovärdigt sätt beskriver informanternas erfarenheter.

Vad det gäller reliabilitet menar man att kunskap är framtagen på ett tillförlitligt sätt, och att det inte finns okontrollerade tillfälliga fel som stör. Den kvalitativa forskningsmetoden har i avsikt att vidmakthålla en god validitet och reliabilitet. Är då min studies reliabilitet god? Är studien gjord på ett tillförlitligt sätt? Forskningstillförlitligheten utgår från ett antal steg både vid insamling av data och att analysen är konsistent gjord. Då jag under två intervjuer hade tekniska svårigheter i bandupptagningen skapade detta en icke tillfredställande situation som gjorde att en av intervjuerna fick göras om.

Vad gäller analysarbetet har jag tillsammans med min handledare gått igenom de samlade resultaten vilket medfört en god reliabilitet. En förutsättning för arbetet har varit att tänka på det som Karlsson (1999) uttrycker är utrymmet och rörelsen mellan forskarens förförståelse och forskarens strävan att vara så tillgänglig som möjligt som gör att tolkningen i EPP-metoden växer fram. Detta utrymme och denna rörelse har funnits med under hela forskningsprocessen.

Hur vet vi då att tolkningarna i den här studien innehar validitet? Validiteten visar om forskaren undersökt vad som var tanken att undersöka och om studien visar på aktuell kunskap. God validitet är en viktig förutsättning för att resultat skall kunna generaliseras till att gälla även andra än de som är undersökta. Som jag ser det så har jag studerat det som jag avsåg att studera, informanternas erfarenheter av psykofarmaka och psykoterapi. Här menar jag att jag som forskare haft forskningsfrågan i fokus under hela intervjun och jag strävat efter att ha ett öppet sinne. Jag finner att validiteten varit god och att uppsatsen visar på resultat som överensstämmer med tidigare forskning det är dock svårt att kunna säga något generellt kring resultaten då antalet intervjuade var begränsat till fem personer (Kvale 1997).

7.2 Resultatdiskussion

Hur uppfattar vi lidandets mening i relation till psykofarmaka? Hur påverkas en individs möjlighet att känna och tänka om denne regelbundet intar psykofarmaka? Kan den lidande personen förvänta sig vägledning i de olika enskilda, respektive kombinationsbehandlingarna som finns? Minskar det egna lidandet genom att sätta ord på det i psykoterapi? Hur resonerar läkemedelsindustrin i frågan kring individen psykiska lidande? Dessa frågor sökande efter ett svar kommer jag att redovisa och diskutera under denna rubrik.

Vad kan då sägas vara de mest centrala fynden gällande informanternas erfarenheter och uppfattningar och vilka är dess innebörder och konsekvenser? Samtliga informanter talar om lidandet som en potentiell och nödvändig kraft till förändring och mognad. En kreativ kraft som ses som ett måste i all rörelse i livet. Ångesten blir till en drivkraft, som ett bränsle till förändring och skapande. Informanterna menar att i det psykiska lidandet är vi i kontakt med viktiga villkor för förändring, som visar på att vi inte är oförändliga. Det kan vara existentiellt viktigt att vara i sitt lidande när det är påkallat och medicin i sig inte är det som man ytterst tänker sig som en behandlingsform. Utmaningen blir att finna en mening i lidandet där man kan se de egna svårigheterna som en möjlighet men också en gräns, en slutsats som har förts fram av Johan Cullberg (2006). Cullberg skriver att lidandets komponent drabbar oss alla någon eller flera gånger under ett liv antingen genom livets normala livskriser eller som i den traumatiska krisen och att lidandet är en förutsättning för all mänsklig

utveckling och mognad. Liknade slutsats har förts fram av Beck-Fris (2005) som hävdar att, på givna villkor bör, en användning av antidepressiva mediciner ske men formulerar med eftertryck att han är emot slentrianmässig insättning av antidepressiva mediciner som han sett prov på. Han menar att ett ensidigt förlitande på att medicinen kommer ha en gynnsam effekt är helt felaktigt om man inte samtidigt korrekt bedömt den psykosociala situationen.

En gemensam erfarenhet som samtliga informanter tar upp handlar om att medicineringen medför att känslolivet och de känslomässiga reaktionerna mattas av. Hur detta tolkas och värderas, som positivt eller negativt, och vilka konsekvenser det får är däremot något som skiljer sig åt mellan den informant som tjänstgör som överläkare och de övriga fyra som tjänstgör som psykoterapeuter. Informanten som i sin yrkesutövning tjänstgör som överläkare ser biverkningarna som något positivt. Han menade att den avmattade effekten medicineringen har på patientens känsloliv kan göra det möjligt att agera mer klokt och förnuftigt i många situationer där patienten tidigare påverkades mycket negativt och agerade utifrån starka känsloreaktioner. Han menade också att den antidepressiva medicineringen på så vis stillade känsloreaktionerna vilket ger patienten möjlighet att uppfatta sina känslor mer gripbart och att det blir möjligt att särskilja dem bättre. Detta resonemang får stöd av Beck-Friis forskning(2005). De övriga informanterna benämnde biverkningarna som en svårighet och en handikappande effekt för patienter vilket gjorde att läkemedlets verkan kom i skymundan för dess biverkningar. De menade att konsekvenserna ofta handlade om att medicineringens påverkan skapade svårigheter att få fatt i tankarna kring den egna kärlekslösheten och att svårigheter att låta sorgen komma till uttryck vilket gör att den får stå tillbaka. Liknande fynd fann jag i Gherovicis (2000) studie där huvudtesen är den att det antidepressiva läkemedlet Prozac för med sig stora negativa konsekvenser. Eftersom den typ av behandling inte innebär någon egentlig lösning på bakomliggande svårigheter som enligt ett psykoanalytiskt synsätt, finns dolda i en människas psykiska symtom, i dennes lidande.

Varje informant talade om patientens egen vilja som ett tydligt inslag i arbetet med de egna svårigheterna. Den informant som tjänstgör som överläkare menar att för att patienten skall kunna tillgodogöra sig en samtalsbehandling så måste patientens funktionsnivå vara av den grundläggande förmågan att kunna fungera i det vardagliga livet som av olika skäl gått förlorat. Det kan handla om basala saker som att ta sig upp ur sängen, få sig mat eller att alls stå ut med samvaron med andra människor. Han menade också att han kunde se att patienten skulle må väldigt gott av en samtalsbehandling men att patienten i dagsläget inte är där. De övriga informanterna menade att man som patient sannolikt erbjuds psykofarmaka inom psykiatrin snarare är en samtalsbehandling oavsett vilja och önskan.

Två av informanterna som möter sina patienter i samtalsbehandling menar att de inte ser sin antidepressiva medicinering som en lösning, utan patienterna problematiserar sina svårigheter om de får möjlighet och hjälp i detta oavsett problematik. Patienterna i informanternas berättelser betonar att antidepressiv läkemedelsbehandling inte leder till någon lösning på det som man skulle kunna vara uttryck för livsomständigheter som t ex besvär i familjeliv och på arbetsmarknaden. På samma sätt diskuterar SBU-rapporten (2004) som säger att medicinering inte bör komma ifråga då patienten inte vill ta emot sådan och menar att man bör hjälpa patienten att problematisera sina svårigheter. Sammantaget säger resultaten i studien (Schubert 2004) att kombinationen av psykofarmaka och psykoterapi inte är fri från komplikationer och behöver studeras närmare.

Tre av informanterna menade att medicinering enbart fanns till förfogande på grund av att det inte finns tillräckligt med resurser inom vård- och omsorg. De ansåg att mediciner riskerar att bli till ett substitut för samtalsbehandlingen. De utvecklade sitt resonemang genom att säga att psykofarmaka inte är nödvändigt om det i vårt samhälle fanns en annan typ av omhändertagande. De hävdade också att som psykoterapeut är det viktigt att stå för en hoppfull framtid vilket inte betyder att man som individ blir lyckligare men däremot friare. Detta stödjer Freuds tanke om lidande. Går det att lösa möjligheten att inte lida? Lidande, säger Freud, är helt oundvikligt i ett samhälle, i en kultur där vi lever, arbetar och älskar (Freud 1929). Vi kommer att känna olycka och obehag i den kultur vi lever och verkar i och det är en självklar del av livet självt. Informanterna uttryckte vidare att vikten av att genom en samtalsbehandling få tillgång till talet, språket, i ett eget rum och på så sätt finna vägar att formulera sig kring det som förut uttrycktes som tomhet och existentiell ensamhet. För Freud blev symtomet en kunskapsfråga, vari de två, läkaren och patienten, trots alla svårigheter och allt motstånd, gemensamt kunde söka en förståelse. Symtomet och lidandet framstod som en fråga, en kunskapsfråga på samma sätt som de tre informanterna uttrycker (Johansson & Manga 2010).

En annan undersökning som stödjer denna studies resultat att mediciner riskerar att bli ett substitut för samtalsbehandling är Scott Freemans (1992) empiriskt vetenskapliga studie. Den visar på en signifikant skillnad både i snabbheten i tillfrisknandet liksom i behandlingsstillfredsställelsen i individens lättnad i sitt lidande genom att få någon att tala med och tillgång till socialt stöd utan farmakologisk behandling.

Tre av informanterna påtalade läkemedelsindustrins profitintresse i det att vi ska använda psykofarmaka. De menade att de inte är några lätta frågor och att läkemedelsföretagen gärna förenklar användandet av psykofarmaka när industrin egentligen bara är en stor vinstmaskin. Samtidigt så menade de att mediciner vid mer fysiska svårigheter inte var så sammanblandat med ekonomi och att de verkligen förstår att människor tar till mediciner om det gör ont men

att det finns en stor tveksamhet till att vi är påverkade av ett vinstintresse av att sälja mediciner när det handlar om psykiska svårigheter. Informanternas resonemang bekräftas av Sandins(1986) idéer som hävdar att det finns en stark tendens att avpersonifiera den lidande människan och göra denne till ett sjukdomstillstånd där endast själva tillståndet som sådant drar till sig intresset.

Att se ett värde i de antidepressiva medicinerna för kroniskt lidande och allvarligt försvagande ångest är inte oförenligt med farhågan om snabbkurer mot olycka. Det finns en allt mer omfattande fordran på social anpassning i samhället och en iver att anpassa som tenderar att övergå i en vilja att patologisera lidandet som ju är en oundviklig konsekvens av de mänskliga varat (Sandin 1986). De stora livsfrågorna, som strukturerar varje människas liv och som kan ge en mening åt livet väcker fruktan, oro och ångest. Detta gör således människan till en lidande varelse. De avgörande händelserna i vårt liv visar oss möjligheter och dess gränser. Lacan menar att genom att leva sin förlust vinner individen ett begär. Begäret är den renaste formen av upplevd brist, den direkta kontakten med oss själva som individer som alltid önskar någonting bortom det möjligas gränser. Vi är vårt begär i de ögonblick i livet då vi kan acceptera vår existentiella ensamhet, dess begränsningar och våra sorger (Lacan 1953).

Denna grundsyn genomsyrar studiens resultat genom informanternas erfarenheter och uppfattningar där resultaten sammantaget berättar att det psykiska lidandets former är olika uttryck och olika sätt att vara människa. Om en person utsätts för övergrepp dagligen, misshandlas från det att han föds eller har föräldrar som förkastar honom eller henne, inte erkänner dennes existens och lämnar honom i ensamhet får då inte dessa svårigheter, de symptom som han eller hon sedan brottas av en innebörd? Kan det vara så att dessa lidanden helt enkelt i sig är ett läkningsförsök, ett försök till bot, och som i sig gömmer frågor av än mer allvarlig karaktär, djupt mänskliga frågor, som man måste ta sig an för att göra symptomen begripliga? Avslutningsvis fångar en av informanterna i följande citat frågan om meningen med lidande:

Människan lever i förhållandet till en tragisk fond, och hur skall det gå att undvika, det fattar inte jag? Jag undrar om det är bra att ta bort lidande...jag tror inte det. Lidandet sporrar ju människor till att göra saker, som att läsa böcker, hitta en partner och skapa.

Låt mig slutligen mycket kort ta upp några övergripande reflektioner. Föreliggande uppsatsarbete har i syfte att på ett generellt plan belysa den upplevda erfarenheten av psykofarmaka och psykoterapi. Det empiriska materialet är generellt och innehåller erfarenheter av möten med lidande personer i allt från psykiatriska mottagningar till privata psykoterapiinstitut. Emedan denna undersökning utgör en avslutande del inom ramen för psykoterapeututbildningen är dess omfattning begränsad; det finns således inte

utrymme för att vidare diskutera psykoterapi och psykofarmakas faktiska betydelse utifrån ett större empiriskt material.

8. Förslag till fortsatt forskning

Lidandet har många former och lika många uttryckssätt som vi är människor. I hälso- och sjukvårdens ekonomi och prioriteringar och följdaktningen dess konsekvenser drabbas vårdens mjuka värden, den humanistiska kvaliteten. Den som inte alltid kan mätas eller bör kvantifieras så som andra typer av behandlingsresultat. Denna åtstramning kring den faktiska möjligheten att erbjuda patienten en mångfald av behandlingar ser jag som ytterst viktigt att fortsätta forska kring samt fortsatt forskning kring den relationella kompetensen och dess utövande i olika former. Detta genom att titta på redan gjorda studier där det går att finna att det är mötet och relationen som helar och inte typen av behandling som styr resultaten i individens tillfrisknande vid mänskligt lidande.

9. Referensförteckning och källförteckning

- Beck-Friis, J. (2005). *När Orfeus vände sig om. En bok om depression som förlorad självaktning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar-Fenomenologi från Husserl till Merleau- Ponty*. Uddevalla: Daidalos AB
- Bettelheim, B. (2001). *Freud och människans själ*. Stockholm: Proprius förlag AB
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur
- Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Resarch Design*; London: Choosing Among Five Tradition. SAGE Publications Ltd
- Freud, S. (1929). *Vi vantrivs i kulturen* Stockholm: Natur och Kultur
- Gherovici, P. (2000). Why do people take Prozac? Anxiety, symtom and the inhibition of responsibility. I Malone, K.R&Friedlander. S.R (red:er). *The subject of Lacan. A Lacanian Reader for Psychologists* (ss 279-295). Albany: sunt Press.
- Johansson, P-M & Manga. E. (2010). *Psykoanalysen och politiken*. Stockholm: Divan Tidskrift för psykoanalys och kultur 1-2/2010
- Karlsson, G. (1999). Empirisk fenomenologisk psykologi. I Allwood, C..M. & Erikson. M.G. (red.). *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun* Lund: Studentlitteratur
- Lacan, J. (1989). *Écrits. Spegelstadiet och andra skrifter i urval av Iréne Matthis kap: Talets och språkets funktion och fält i psykoanalysen* (1953) Stockholm: Natur och Kultur
- SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt (166/volym 1-3)*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering
- Sander, Å. (1999). Edmund Husserls fenomenologiska tradition. I Allwood, C.M. & Erikson, M.G. (red.). *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur
- Sandin, B. (1998). *Den zebrarandiga pudelkärnan*. Ludvika: Dualis Förlag AB

Schubert, J. (2005). *Antidepressiv medicinering allt vanligare vid psykoterapi*. Stockholm Läkartidningen, Klinik och vetenskap, nr: 22 Volym 102.

Scott A Freeman, C. (1992). *Edinburgh primary care depression study; treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks*. BMJ 1992; 304:883-7. Amerika.

Socialstyrelsen statistik databas. (2011). *Läkemedel–statistik för år 2010*. Stockholm

<http://www.miun.se/sv/forskning/Forskning/organisation/Forskningsetisk-kommite/> (2011)

Bilaga 1

Intervjuguide

Namn:

Ålder:

Yrkesutbildning:

Befattning:

Hur många år i yrket:

1. Vad har du för tankar om psykofarmaka?
2. Hur ser dina kunskaper ut rörande psykofarmakas påverkan på kroppens fysiologi och biologi?
3. När föreställer du dig att det är nödvändigt att medicinera med psykofarmaka? Vilken form av eller vilka former av lidande betraktar du som skäl till att bruka psykofarmaka?
4. Har du någon bestämd uppfattning då en patient ska/bör använda sig av antidepressiva preparat?
5. Hur tänker du att antidepressiv medicinering, i teoretisk mening, kan påverka en människas psykologi?
6. Har du några funderingar kring förhållandet mellan det omedvetna och psykofarmaka/antidepressiv medicinering?
7. Har du några idéer kring psykofarmakas eventuella påverkan på individens psykologiska försvar?
8. Har du några idéer om hur människans existentiella grundvillkor, hennes lidande och frågor om livets mening (t ex känslor av utsatthet, ensamhet och begränsningar), påverkas av antidepressiv medicinering?
9. Ser du några problem i att en patient i psykoterapeutisk behandling samtidigt intar psykofarmaka/antidepressiva preparat? Om så är fallet, vilka problem?
10. Historiskt skulle man kunna säga att psykoterapi syftar till förståelse och kunskapsfrigörelse och den medicinska psykiatrin syftar till att bota och lindra – ser du några konflikter i de olika perspektiven eller kan de förenas?
11. Har din syn på patientens symtom och lidande förändrats under dina år i yrket, och har detta i sådana fall påverkat din uppfattning om när antidepressiva medel bör/ska användas?
12. Föreslår du som psykolog/psykoterapeut dina patienter att påbörja medicinering med psykofarmaka eller överlåter du den frågan till psykiatriker/läkare?
13. Har du erfarenhet av att intag av psykofarmaka/antidepressiv medicinering kan övergå i missbruk och få en drogliknande funktion? Om så är fallet, när?
14. Ser behandlingsrutinerna annorlunda ut då dina patienter kombinerar psykoterapi med intag av antidepressiva preparat?

