

Forside

Eksamensinformation

S650000102 - K08: Speciale - Kathrine Wang Whittlestone

Besvarelsen afleveres af

Kathrine Wang Whittlestone
kawhi16@student.sdu.dk

Eksamensadministratorer

Anne-Christina Nielsen
acnielsen@health.sdu.dk
☎ +4565502782

Bedømmere

Annegrete Gohr Månsson
Eksaminator
amaansson@health.sdu.dk
☎ +4565502057

Flemming Engel
Censor
flemming.engel10@gmail.com
☎ +4525206203

Besvarelsesinformationer

Titel: Oplevelsen af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin - en fænomenologisk-hermeneutisk undersøgelse

Titel, engelsk: The experience of a challenging discontinuation of antidepressant medication - phenomenological-hermeneutic study

Antal tegn: 187603

Antal normalsider: 78,2

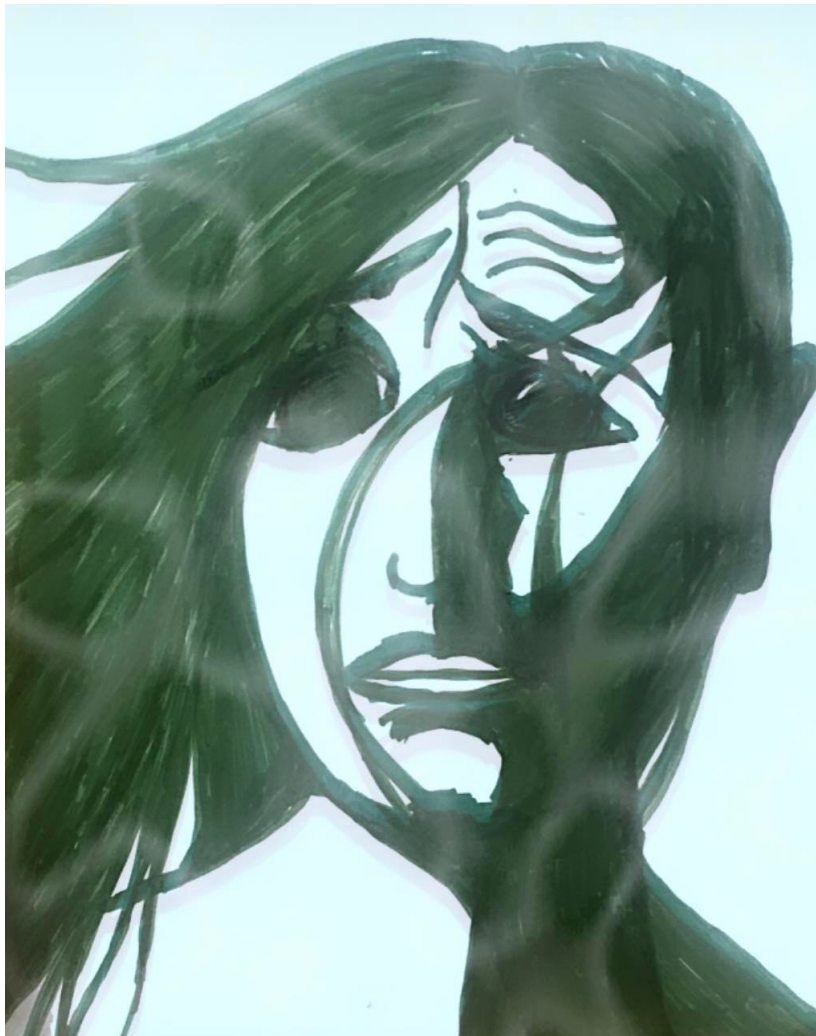
Tro og love-erklæring: Ja

Indeholder besvarelsen fortroligt materiale: Nej

Må besvarelsen gøres til genstand for udlån: Ja

Må besvarelsen bruges til undervisning: Ja

Oplevelsen af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin - en fænomenologisk-hermeneutisk undersøgelse



Kandidatspeciale i Psykologi, Syddansk Universitet

Katrine Wang Whittlestone

25.03.1994

Vejleder: Annegrethe Gohr Månsson

En særlig tak til

Anders Sørensen, cand.psych og ph.d. for gode råd og vejledning løbende igennem min specialeproces og til Lone Lytken Nielsen, cand.psych.aut. for at introducere mig til denne problemstilling og tegne min forside.

Abstract

Introduction. Half of the people who attempt to discontinue their use of antidepressants experience withdrawal effects and nearly half of those people describe their withdrawal effects as severe. Although there is a growing body of quantitative research to support these findings, there is a lack of qualitative research focusing on adults' experiences of the challenges that can arise whilst withdrawing from antidepressants. This thesis aims to investigate adults' experiences of a challenging discontinuation process and how these challenges affect their physical, psychological, and social lives. **Methods.** The research question of this study is elucidated through semi-structured interviews of three adults. These were conducted and analysed based on an Interpretative Phenomenological Analysis approach. Emmy van Deurzen's "Four Dimensions of Human Existence" is linked to the themes that arise throughout the analysis, with the aim of achieving a holistic understanding of the phenomenon "a challenging discontinuation of antidepressant medication". **Findings.** The analysis results in eight major themes: The Body Experienced as a Limitation, the Importance of Recognition, Uncertainty Creates Distress, Meaning as a Driving Force, and the Significance of a Challenging Discontinuation on Everyday Life, Relationships, Understanding of the Self and the World View. The findings show how the three adults experience very unpleasant physical and psychological withdrawal symptoms and how these have a significant negative impact on their physical, psychological, and social lives. **Conclusion.** Throughout the thesis it is shown how a challenging discontinuation of antidepressant medication can result in an experience of existential crisis. These findings point to the importance of understanding people's experience whilst trying to discontinue antidepressants, so that appropriate help and support can be developed and delivered. **Implications.** It is suggested that two changes could be made to the Danish clinical guidelines about tapering antidepressants to help improve adults' experience of a challenging discontinuation of antidepressant medication. These include a recommendation of a

slower taper than the guidelines currently advise and that a more detailed definition of antidepressant withdrawal symptoms would be helpful in recognizing the phenomenon in clinical practice.

Indholdsfortegnelse

En særlig tak til	1
Introduktion.....	7
Indledning og forskningsspørgsmål	7
<i>Begrebsafklaring:</i>	<i>8</i>
Voksne	8
Udfordringer.....	9
Antidepressiv medicin	9
Fysiske, psykiske og sociale liv.....	10
Baggrundsviden om emnet	11
<i>Nedtrapning af antidepressiv medicin</i>	<i>11</i>
<i>Fysiske udfordringer.....</i>	<i>12</i>
Antidepressive abstinenser opleves som invaliderende og fører til nedsat funktionsevne.....	12
Antidepressive abstinenser kan være længerevarende	12
Påvirkning af arbejdsliv og økonomi.....	13
<i>Psykologiske udfordringer</i>	<i>13</i>
Forvirring over- og frygt for symptomerne	13
Følelse af at være fanget og afhængig	14
Negativt syn på fremtiden og en selv	14
<i>Sociale udfordringer</i>	<i>15</i>
Manglende hjælp fra fagprofessionelle.....	15
Fejldiagnosticering af abstinenser skaber langvarig brug af antidepressiv medicin	16
Søger hjælp i støttegrupper	17
Påvirkning af tætte relationer	18
Den psykologiske betydning af de sociale udfordringer – mistillid og følelse af isolation	19
<i>Betydningen af abstinenser.....</i>	<i>19</i>
<i>Behandling af depression og angst med antidepressiv medicin.....</i>	<i>20</i>
<i>Evidens for abstinenssymptomer ved for hurtig nedtrapning</i>	<i>21</i>
<i>Kliniske retningslinjer om nedtrapning af antidepressiv medicin.....</i>	<i>22</i>
<i>Abstinensstyper, samt forskellen på abstinenser og tilbagefald</i>	<i>23</i>
<i>Specialets berettigelse.....</i>	<i>24</i>
Teori	25
<i>Videnskabsteori i IPA.....</i>	<i>25</i>
Fænomenologi i IPA.....	26
Hermeneutik i IPA.....	28
Ideografi i IPA	29
<i>De fire dimensioner af menneskelig eksistens.....</i>	<i>30</i>
Den fysiske dimension.....	31
Den sociale dimension.....	32
Den personlige dimension	33
Den spirituelle dimension.....	34
Metode og design	35

<i>Proces i forbindelse med litteratursøgningen</i>	35
Udarbejdelsen af søgeblokke og valg af databaser	36
Identifikation af relevant litteratur	37
<i>Valg af kvalitativ metode og IPA</i>	39
<i>Forskningsdesign</i>	41
Dybdegående interviews	42
Rekruttering	42
Interviewguide	44
Rammesætning for interviewene samt etik	46
Transskribering	48
<i>Min videnskabelige erkendelsesproces</i>	48
Metodiske greb	50
<i>Analysetilgang: IPA's 7 analysetrin</i>	53
Trin 1: Start med første case: læsning og gennemlæsning	53
Trin 2: Undersøgende kommentarer	53
Trin 3: Udvikling af oplevelsesudsagn	55
Trin 4 + 5: Finde sammenhænge mellem oplevelsesudsagn samt videreudvikling af personlige oplevelsestemaer	56
Trin 6: Fortsættelse af analyse af de resterende cases	57
Trin 7: Udvikling af oplevelsestemaer på gruppeniveau	57
Tabel over fremanalyserede temaer	58
Præsentation af interviewpersoner	60
Analyse	61
<i>Den fysiske dimension</i>	61
Kroppen som begrænsning	61
Nedtrapningens betydning for hverdagen	66
<i>Den sociale dimension</i>	68
Vigtigheden af anerkendelse	68
Nedtrapningens betydning for sociale relationer	73
<i>Den personlige dimension</i>	75
Uvished skaber ubehag	75
Nedtrapningens betydning for forståelsen af selvet	78
<i>Den spirituelle dimension</i>	82
Mening som drivkraft	82
Nedtrapningens betydning for verdenssynet	84
<i>Analyseopsamling</i>	87
Diskussion	88
<i>Oplevelsen af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin</i>	89
Oplevelsen af antidepressive abstinenssymptomer	89
Oplevelsen af utilstrækkelig hjælp	90
<i>Betydning af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin</i>	92
Betydningen for voksnes fysiske liv	92
Betydningen for voksnes psykiske liv	93
Betydningen for voksnes sociale liv	94
Betydningen af mening i en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin	95
<i>Diskussion af kliniske retningslinjer</i>	96

<i>Diskussion af metode</i>	98
Et værdigt emne og signifikant bidrag.....	98
Koheræns og rig stringens	99
Resonans, troværdighed og oprigtighed	101
Etik.....	103
Konklusion og perspektivering	103
<i>Anbefalinger til praksis og videre forskning</i>	105
Referencer	108

Introduktion

Dette speciale har til formål at belyse, hvordan det opleves for voksne mennesker, når der opstår udfordringer i en nedtrapning af antidepressiv medicin, samt undersøge hvilken betydning disse udfordringer har for voksnes fysiske, psykiske og sociale liv. Dette vil blive belyst gennem tre kvalitative interviews, der er udformet og analyseret ud fra tilgangen Interpretativ Phenomenological Analysis (herefter: IPA). I overensstemmelse med IPA tager opgavens videnskabsteoretiske ståsted og teoretiske ramme således afsæt i fænomenologien, hermeneutikken og ideografien. I forlængelse heraf vil Deurzens (2010) teori om de fire dimensioner af menneskelig eksistens blive anvendt i analysen, for at opnå en mere dybdegående og holistisk forståelse af fænomenet en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin.

Indledning og forskningsspørgsmål

”Det er jo ekstremt invaliderende, og det er jo et år siden, at jeg stoppede på medicinen. Øh så det kræver utrolig meget tålmodighed og tillid til, at det skal nok måske en gang bliver bedre (..) Jeg har jo utrolig mange symptomer, stadigvæk... (..) Altså min hjerne brænder og hovedpine konstant. Jeg har utrolig mange muskelsmerter og ledsmerter og maveproblemer og brystmerter og... ja næsten ikke nogen steder, hvor det ikke gør ondt (..) Det har ændret mit liv fuldstændig, så det har ændret mit arbejdsliv og mit velvære og selvfølgelig også sociale relationer”.

Ovenstående citater er udtalt af Bo, som er én af interviewpersonerne i nærværende speciale. Her beskriver han nogle af de udfordringer, der er opstået i hans nedtrapning af antidepressiv medicin, og hvad det har betydet for hans liv. Bo er blot én ud af mange voksne, der oplever store udfordringer, når de trapper ned eller ud af deres antidepressive medicin. Den eksisterende litteratur finder, at cirka 50% af dem, der forsøger af trappe ned eller ud af deres antidepressive medicin oplever ubehagelige symptomer af både fysisk og psykisk karakter, hvoraf et udpluk er angst/panik,

depression, kvalme, rastløshed, søvnforstyrrelser, udbrud af gråd, fornemmelser af elektriske stød i hjernen samt smerter. Disse symptomer beskrives i litteraturen som antidepressive abstinenssymptomer (eng: antidepressant withdrawal symptoms) og halvdelen af de voksne, der oplever disse påvirkes i så alvorlig grad, at de ikke længere kan fungere i deres hverdag (Davies & Read, 2019, p. 8).

Indtil videre er denne problemstilling primært blevet undersøgt via kvantitative studier, hvor fokus har været på at dokumentere og belyse, hvorvidt antidepressive abstinenser opstår samt alvorligheden af disse. Der mangler derfor kvalitative studier, der belyser, hvordan det opleves for voksne mennesker, når der opstår udfordringer i deres nedtrapning af antidepressiv medicin, og hvilken betydning disse udfordringer har for de voksnes liv. Det kvalitative fokus i en sådan undersøgelse kan således bidrage til den allerede eksisterende viden inden for emnet ved at give plads til vigtige detaljer og nuancer, som ellers ikke er blevet beskrevet tidligere (Karpatschhof, 2015). Formålet med kvalitativ forskning bliver i forlængelse heraf at opnå en større forståelse af det undersøgte fænomen (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Det forsøger nærværende speciale på samme måde at bidrage med, hvilket leder til følgende forskningsspørgsmål: *Hvordan opleves det for voksne mennesker, når der opstår udfordringer i en nedtrapning af antidepressiv medicin, og hvilken betydning har disse udfordringer for deres fysiske, psykiske og sociale liv?*

Begrebsafklaring:

Voksne

Målgruppen ”voksne” (over 18 år) er valgt, både fordi det er målgruppen, der oftest får anbefalet og dermed anvender antidepressiv medicin i Danmark (RADS, 2015; Sundhedsdatastyrelsen, 2021); men også med henblik på at udvide den viden og forståelse, der er om denne målgruppe i den allerede eksisterende kvantitative forskning.

Udfordringer

Formuleringen ”udfordringer” er anvendt for at kunne få adgang til voksne med forskellige syn på, hvorfor de oplever problemer under og efter deres nedtrapning af antidepressive medicin. I den eksisterende litteratur tyder det på, at der er mange voksnes antidepressive abstinenssymptomer, der bliver fejldiagnosticeret som tilbagefald eller andre somatiske sygdomme (Framer, 2021; Guy, Brown, Lewis, & Horowitz, 2020; Haddad, 2001; Haddad & Anderson, 2007; Hengartner, Schulthess, Sorensen, & Framer, 2020). Ordet ”udfordringer” giver således mulighed for at få adgang til voksne, der oplever problemer i deres nedtrapning, lige meget om de forstår deres symptomer som abstinenser, tilbagefald eller noget helt tredje. Det er relevant at rumme alle tre grupper, da der ellers er risiko for, at man i forskningen overser den del af målgruppen, der potentielt oplever abstinenssymptomer, men som ikke er klar over det.

Antidepressiv medicin

Fokus i nærværende speciale er på antidepressiv medicin, da abstinenser fra disse er underbelyst i den eksisterende litteratur, i forhold til andre antipsykotika, for eksempel benzodiazepiner (Guy et al., 2020; Nielsen, Hansen, & Gøtzsche, 2011). I forlængelse heraf, er den antidepressive gruppe kaldet selektive serotonin-genoptagelseshæmmere (herefter: SSRI) valgt, da denne er underbelyst i forhold til for eksempel tricykliske antidepressiva (Stockmann, Odegbaro, Timimi, & Moncrieff, 2018). Desuden er SSRI-præparater første valg i de danske kliniske retningslinjer, når det kommer til farmakologisk behandling af angst og depression (RADS, 2015). SSRI'er er således den type antipsykotika som fleste voksne tager i Danmark (Sundhedsdatastyrelsen, 2021). Det er derfor relevant at få en dybere forståelse af voksnes

oplevelser i forbindelse med en nedtrapning af netop SSRI-præparater, og således supplere og bidrage til den begrænsede mængde af eksisterende forskning på området.

Fysiske, psykiske og sociale liv

I dette speciale ønsker jeg at undersøge, hvilken betydning, det har for voksnes fysiske, psykiske og sociale liv, når der opstår udfordringer i en nedtrapning af antidepressiv medicin. Dette fokus er valgt, da der i den eksisterende litteratur nævnes flere steder, at antidepressive abstinenser i alvorlig grad påvirker voksnes hverdagsaktiviteter, arbejdsliv, sociale relationer og således også mentale velbefindende (Davies, Pauli-Jones, & Montagu, 2018; Davies & Read, 2019; Guy et al., 2020), men uden at dette er blevet beskrevet fyldestgørende. Derudover giver dette underspørgsmål mulighed for at spørge ind til forskellige dele af de voksnes oplevelser, med formålet om at få en større holistisk forståelse af deres oplevelse af det valgte fænomen, hvilket også er i overensstemmelse med det i specialets valgte videnskabsteoretiske ståsted, fænomenologien. For systematisk at fremlægge specialets problemstilling og fund, vil der igennem hele opgaven være teoretiske opdelinger af temaer i disse tre kategorier, selvom de i praksis hænger uløseligt sammen.

Baggrundsviden om emnet

Nedtrapning af antidepressiv medicin

I den eksisterende forskning beskriver voksne ubehagelige symptomer, der opstår efter de er trappet ned eller ud af et antidepressivt præparat. I litteraturen kaldes disse symptomer for antidepressive abstinenssymptomer og kan manifestere sig som både psykiske og fysiske symptomer (Chouinard & Chouinard, 2015; Davies & Read, 2019). Flere undersøgelser viser, at der ved nedtrapning af antidepressiv medicin oftest forekommer psykologiske og neurologiske symptomer samt mave-tarmproblemer (Chouinard & Chouinard, 2015; Haddad, 2001; Haddad & Anderson, 2007; Stockmann et al., 2018). I overensstemmelse med dette finder Read (2020), at de seks hyppigst forekomne symptomer er angst/panik, irritabilitet, svimmelhed, elektriske stødfornemmelser i hjernen, mareridt og kvalme. Herefter beskriver voksne, der oplever problemer med at trappe ned i antidepressiv medicin symptomer som selvmordstanker, søvnløshed, smerter, vrede/aggressivitet, rastløshed, rysten, koncentrationsbesvær, forvirring, udbrud af gråd, seksuel dysfunktion med flere (Chouinard & Chouinard, 2015; Davies et al., 2018; Papp & Onton, 2018; Read, 2020; Read, Cartwright, & Gibson, 2018; Shoenberger, 2002; Stockmann et al., 2018).

Det tyder derved på, at abstinenssymptomer kan medføre megen lidelse og betydelige funktionsnedsættelser for de voksne, der trapper ned eller ud af deres antidepressive medicin (Davies et al., 2018; Davies & Read, 2019; Framer, 2021). I de studier, der undersøger voksnes oplevelser af antidepressive abstinenser, ses en række gennemgående temaer, som vil blive præsenteret i nedenstående afsnit. Ud fra den eksisterende litteratur vil voksnes fysiske, psykiske og sociale udfordringer i forbindelse med en sådan nedtrapning blive beskrevet med henblik på få en bedre forståelse af de mange aspekter af de voksnes liv, der bliver påvirket. Temaerne er fundet i både kvantitative og kvalitative studier, der er fremsøgt via en litteratursøgning (som beskrives i

metodeafsnittet). Søgningen havde til formål at finde baggrundsviden om specialets emne:

”Voksnes oplevelse af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin”.

Fysiske udfordringer

Antidepressive abstinenser opleves som invaliderende og fører til nedsat funktionsevne

Et gennemgående tema hos voksne, der oplever abstinenser er, hvordan ovenstående beskrevne symptomer, eksempelvis følelsen af panik, koncentrationsbesvær, kvalme, søvnproblemer med flere, beskrives som værende invaliderende og påvirker voksnes funktionsevne i så høj grad, at de kan have svært ved at fungere i deres hverdag (Davies et al., 2018; Davies & Read, 2019; Framer, 2021; Guy et al., 2020). Flere beskriver hver eneste dag som en kamp, de skal komme igennem, og hver dag føles som forskellige variationer af helvede (Davies et al., 2018, p. 14). En respondent fra en spørgeskemaundersøgelse beskriver det således: “Hver eneste dag er en rutsjebane af forskellige fysiske, intellektuelle, emotionelle og sociale hvirvelvinde – jeg spekulerer på, hvad det mon betyder og om mine organer svigter mig langsomt” (Davies et al., 2018, pp. 13, egen oversættelse (e.o.)). I den eksisterende litteratur finder man, at omkring halvdelen af de voksne, der oplever abstinenssymptomer efter nedtrapning af antidepressiv medicin, oplever dem i alvorlig grad (Davies & Read, 2019; Framer, 2021; Groot & van Os, 2018; Guy et al., 2020).

Antidepressive abstinenser kan være længerevarende

Når der opstår abstinenser under eller efter en nedtrapning af antidepressiv medicin kan det samtidig være en længerevarende og nogle gange uudholdelig proces, som kan medføre konsekvenser, der rækker langt udover selve nedtrappingsprocessen. Den eksisterende forskning på området viser, at abstinenssymptomer under eller efter nedtrapning af antidepressiv kan vare længere end først antaget, helt fra flere uger, til måneder og i nogle tilfælde flere år (Davies et al.,

2018; Davies & Read, 2019; Framer, 2021). Eksempelvis beretter Framer (2021) om sin egen udtrapning af antidepressiv medicin, hvor hun efter endt udtrapning af 10mg Paroxetin, har oplevet 11 års længerevarende antidepressive abstinenssyndrom (eng: protracted antidepressant withdrawal syndrom). En respondent fra en spørgeskemaundersøgelse skriver i overensstemmelse med dette: ”Jeg har ventet i flere år på at mit system når homestase igen, men jeg fortsætter med at lide” (Davies et al., 2018, pp. 24, e.o.).

Påvirkning af arbejdsliv og økonomi

Når voksne oplever abstinenser under en nedtrapning af deres antidepressive medicin, viser studier, at dette skaber problemer for deres arbejdsliv. Særligt viser undersøgelser, at det er begrænset, hvor mange timer den voksne kan arbejde, eller at de ikke kan være produktive, mens de er på arbejde grundet eksempelvis symptomer som smerter eller koncentrationsbesvær (Davies et al., 2018; Framer, 2021; Guy et al., 2020). Eksempelvis beskriver, Framer (2021) at hendes abstinenser påvirkede hende så længe og i så høj grad, at hun ikke var i stand til at arbejde, hvilket ødelagde hendes daværende karriere. At miste sit arbejde på grund af antidepressive abstinenser ses ligeledes hos næsten halvdelen af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen i Guy et al. (2020). For flere resulterede dette i finansielle tab, hvoraf de værst ramte mistede deres arbejde og i yderste tilfælde deres hjem (Davies et al., 2018, pp. 22, e.o.; Guy et al., 2020).

Psykologiske udfordringer

Forvirring over- og frygt for symptomerne

Da abstinenssymptomerne, som beskrevet ovenfor, kan manifestere sig som psykiske symptomer, resulterer det ofte i, at de voksne bliver i tvivl om, hvad det er de oplever, og hvorfor symptomerne er opstået. I Framer (2021) tilkendegiver medlemmer fra hjemmesiden

”survivingantidepressants.com” enhver mulig variation af depression og angst. Da symptomerne oftest opleves som opstået uden årsag eller mere alvorlige end nogensinde før, bliver mange forvirret over deres symptomer og mangler sprog for, hvad de oplever: ”Jeg føler ikke, jeg er mig selv” eller ”jeg er ved at bryde sammen” (Framer, 2021, pp. 8, e.o.). Da de fleste voksne oplever ikke at blive mødt og hjulpet i sundhedssystemet, resulterer dette i en frygt for abstinenssymptomerne, hvorfor de er opstået og om de vil gå over igen (Framer, 2021; Guy et al., 2020).

Følelse af at være fanget og afhængig

Flere studier finder også, at voksne udtrykker frustration over, at det enten har taget flere forsøg for dem at trappe ud, eller at abstinenserne har været så voldsomme og lidelsesfulde, at de har været nødt til at opgive at fuldføre nedtrapningen, og trappe op til deres oprindelige dosis (Davies et al., 2018, pp. 24, e.o.; Eveleigh, van Weel, Speckens, Oude Voshaar, & Lucassen, 2019; Read et al., 2018): ”Jeg vil ikke være på denne medicin mere, fordi der er for mange bivirkninger, og jeg tror ikke på, at de forbedrer min livskvalitet, men jeg kan ikke stoppe” (Davies et al., 2018, pp. 24, e.o.). Dette resulterer for mange i en følelse af at være fanget på og afhængig af noget medicin, som de ikke føler gavner dem længere, og som de ønsker at komme af (Davies & Read, 2019; Eveleigh, van Weel, et al., 2019; Read, 2020; Read, Cartwright, & Gibson, 2014; Read et al., 2018).

Negativt syn på fremtiden og en selv

Ligeledes fører de voksnes nedsatte funktionsevne til nye, eller forstærkning af allerede eksisterende, følelser af eksempelvis depression og fortvivlelse (Davies et al., 2018). Voksne beretter om en stigende grad af håbløshed og pessimisme i forhold til deres fremtid og en frygt for,

at det aldrig går over eller bliver bedre. Det resulterer i følelser af meningsløshed for flere: ”Jeg ved ikke om jeg får mit liv tilbage, eller hvilke slags liv det bliver, eller om jeg kommer til at leve længe nok til at finde ud af det” (Davies et al., 2018, pp. 25, e.o.).

Derudover beskrives abstinenserne som noget, der kan påvirke voksnes selvtillid og selvværd negativt. Nogle oplever kognitive vanskeligheder eksempelvis hukommelsesbesvær og føler skam og utilstrækkelighed, når de ikke er i stand til at gøre det de plejer (Davies et al., 2018, pp. 26, e.o.). Særligt når voksne ikke ved, at deres symptomer er abstinenser, fører det til frygt og selvbeprejdelser samt følelsen af at fejle. For nogen medfører dette også til en stigende grad af mistillid til dem selv: ”Jeg vidste ikke, hvad der skete med mig, og jeg troede, jeg var døende. Det var virkelig uhyggeligt”, ”På dette tidspunkt var jeg bange for at være alene, så min mor, far og partner skiftedes til at være hos mig alle 24 timer i døgnet” (Davies et al., 2018, pp. 26-27, e.o.).

Sociale udfordringer

Manglende hjælp fra fagprofessionelle

En gennemgående problemstilling, som beskrives af voksne, der har været i berøring med sundhedssystemet i forbindelse med en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin, er hvordan patienterne oplever ikke at få den hjælp, de har brug for. Flere beskriver, at de ikke har fået nok information om risikoen for potentielt alvorlige abstinenser før opstart af medicinsk behandling, og senere ikke har fået tilstrækkelig vejledning og støtte efter abstinenserne er indtruffet (Davies et al., 2018, pp. 14, e.o.; Davies & Read, 2019; Guy et al., 2020; Shoenberger, 2002). Lægernes reaktioner til voksnes abstinenssymptomer varierer, men inkluderer blandt andet, at de rådgiver dem til en for hurtig nedtrapning, ønsker at tilføje endnu et præparat som behandling af de nyopståede symptomer eller anbefaler, at patienten skal stoppe medicinen abrupt (Davies et al., 2018; Framer, 2021; Guy et al., 2020; Papp & Onton, 2018; Wilson, 2020). En respondent

beskriver sin oplevelse hos lægen således: ”Lægen talte til mig og behandlede mig som om jeg var en misbruger – han anbefalede, at jeg stopper med at tage dem med det samme” (Guy et al., 2020, pp. 6, e.o.).

Fejldiagnosticering af abstinenser skaber langvarig brug af antidepressiv medicin

En gentagende problemstilling er desuden, at sundhedsprofessionelle fejldiagnosticerer abstinenssymptomerne som tilbagefald eller andre medicinske sygdomme (Framer, 2021; Guy et al., 2020; Haddad, 2001; Haddad & Anderson, 2007; Hengartner et al., 2020). Dette sker højest sandsynligt fordi, at flere af ovenstående beskrevne symptomer eksempelvis ligner depressions- og angstsymptomer, som var årsagen til, at de voksne startede med at tage den antidepressive medicin i første omgang (Davies & Read, 2019; Framer, 2021; Guy et al., 2020). Fejldiagnosticering ses dog på trods af, at de voksne giver udtryk for, at deres symptomer er betydeligt værre, end dem de oplevede før de startede på medicinen eller, at der er opstået nye symptomer, som de aldrig før har haft eller ikke kan genkende (Davies et al., 2018; Guy et al., 2020): ”hvis jeg gik til lægen, blev det afskrevet som min ’oprindelige tilstand’, der vendte tilbage og altså bevis for, at jeg havde brug for medicin, ’ligesom en diabetiker har brug for insulin” (Davies et al., 2018, pp. 29, e.o. fremhævnings i originalen).

Endvidere bliver symptomerne nogle gange fejltolket som andre medicinske sygdomme, eksempelvis hjerteanfald, mave-tarmproblemer eller balance- og sensoriske forstyrrelse (Haddad, Devarajan, & Dursun, 2001; Haddad & Qureshi, 2000; Hengartner et al., 2020; Thompson, 1998). I forlængelse heraf, kan det være endnu sværere at identificere abstinenssymptomer, når de, som de gør i nogle tilfælde, først indtræffer flere dage, uger eller måneder efter medicinophør (Stockmann et al., 2018). Udover at de voksne oplever mangel på anerkendelse og hjælp, risikerer fejldiagnosticeringen at føre til, at patienterne udsættes for unødvendige undersøgelser og potentielt

risikable medicinske interventioner, som endvidere fører til unødvendige omkostninger for samfundet (Guy et al., 2020; Thompson, 1998; Warner, Bobo, Warner, Reid, & Rachal, 2006). Mange voksne genopstartes på deres antidepressive medicin igen, hvilket resulterer i langvarig brug af antidepressiv medicin på trods af, at der mangler evidens for de langvarige effekter af antidepressiv medicin (Guy et al., 2020; Thompson, 1998). Samtidigt er der risiko for at voksnes eventuelle bivirkninger forværres (Donald et al., 2021; Jakobsen, Gluud, & Kirsch, 2020) og at samfundet bruger unødvendige ressourcer på at bibeholde voksne på deres antidepressive medicin (Bosman et al., 2016; Davies et al., 2022).

Søger hjælp i støttegrupper

Den manglende anerkendelse, fejldiagnosticering eller benægtelse af abstinenser fra fagprofessionelle medfører, at de voksne søger hjælp uden for det etablerede sundhedsvæsen (Davies et al., 2018; Frammer, 2021; Guy et al., 2020; Ostrow, Jessell, Hurd, Darrow, & Cohen, 2017). Da flere patienter ikke er overbeviste om diagnosen ”tilbagefald” og/eller har oplevet flere mislykkedes udtrappingsforsøg, søger flere voksne selv yderligere informationer, ofte på internettet, hvor online støtte- og selvhjælpsgrupper især beskrives som værende hjælpsomme (Davies et al., 2018; Frammer, 2021; Guy et al., 2020).

Frammer (2021) beskriver, hvordan den manglende viden om nedtrapning af psykiatrisk medicin i sundhedsvæsenet har medført, at patienter selv har udviklet en robust internetbaseret subkultur af frivillige, der har personlige erfaringer med at komme igennem og komme sig efter abstinenssymptomer. Nogle respondenter fra Davies et al. (2018) spørgeskemaundersøgelse beskriver eksempelvis: ”hjemmesiden survivingantidepressants.org gav mig en forklaring som stemte overens med det jeg oplevede” og ”min livlinje var støttegrupperne online, hvor andre, der ligeledes kendte ubehaget, guidede mig igennem mørket” (Davies et al., 2018, pp. 29-30, e.o.).

Påvirkning af tætte relationer

Ligeledes tyder det på, at voksne også bruger disse støtte- og selvhjælpsgrupper, når de ikke oplever forståelse fra deres familie og venner: ”Jeg har ingen, jeg kan snakke med det her om” og ”ens venner og familie forstår det sandsynligvis heller ikke” (Guy et al., 2020, pp. 7, e.o.). Flere studier pointerer i forlængelse af dette, at abstinenssymptomer således ikke kun belaster den voksne selv, men også dennes omgangskreds (Davies et al., 2018, pp. 18, e.o.; Frammer, 2021; Guy et al., 2020). Dog undersøges det kun i få studier, hvordan udfordringerne under en nedtrapning af antidepressiv medicin påvirker de voksnes tætte relationer, herunder partnere, børn og venner.

I Davies et al. (2018) beskrives det, at symptomerne kan være med til at skabe en voksende afstand til familie og venner, eksempel fordi de ikke er i stand til at tage sig af deres børn eller indgå i sociale sammenhænge. Ydermere belaster abstinenssymptomerne især de voksnes romantiske forhold, eksempelvis fordi partneren ikke forstår eller tror på, at det er abstinensreaktioner der medfører, at den voksne oplever ingen eller måske endda negative følelser i relation til deres partnere. For nogle medfører dette brud af tillid og forståelse for hinanden, som i nogle tilfælde fører til relationelle udfordringer, og i værste fald opbrud af deres romantiske forhold. En respondent beskriver det således: ”Abstinenser har kostet mig tætte relationer, fordi min partner og mine venner ikke var i stand til at håndtere eller tilbyde mig den støtte jeg havde brug for, mens jeg trappede ned” (Davies et al., 2018, pp. 19, e.o.). En anden forklarer: ”det påvirkede mit forhold til min familie, at mine tanker og følelser virkede irrationelle og min adfærd uforudsigelig og ulig mig” (Davies et al., 2018, pp. 21, e.o.). Endvidere beskriver flere, at de blev afhængige af andre idet, at de ikke kunne forsørge eller yde omsorg for dem selv eller andre, eksempelvis fordi de ikke kunne køre bil og ordne huslige pligter (Davies et al., 2018).

Den psykologiske betydning af de sociale udfordringer – mistillid og følelse af isolation

Udover de unødvendige omkostninger der tilskrives sundhedssystemet ved unødvendige undersøgelser og behandlinger, udtrykker patienterne, hvor frustrerende og stressende det er, når lægerne ikke forstår dem og i nogle tilfælde benægter eller ikke anerkender alvorligheden af abstinenserne. Dette skaber en mistillidsfølelse hos flere voksne overfor det etablerede sundhedsvæsen og følelser af håbløshed, afmagt og demoralisering fylder hos patienterne (Davies et al., 2018; Frammer, 2021; Guy et al., 2020). En respondent beskriver: ”hun [sundhedspsykologen] var lige så uvidende, som enhver anden sundhedsprofessionel, om det helvede jeg går igennem og gentog mantraet... ’denne medicin hjælper mange mennesker’ og ’jeg kender mange mennesker, som er stoppet uden problemer’ etc. Jeg har altid følt, at denne tilgang bare var en høflig måde at sige ’jeg tror ikke på dig’” (Davies et al., 2018, pp. 28, e.o.). Wilson (2020) beskriver i overensstemmelse med dette, at det er forvirrende for patienter og svært at navigere i, når sundhedsprofessionelle har modsatrettet holdninger og vejleder forskelligt.

Lægernes reaktioner resulterer i, at voksne oplever at miste troen på, at sundhedssystemet kan hjælpe dem, og flere beskriver, at de føler sig alene: ”Du er i bund og grund alene på denne rejse og der er nok ingen (..) der vil forstå det” (Guy et al., 2020, pp. 7, e.o.). Følelsen af hjælpeløshed og isolation bliver yderligere forstærket når de voksne hverken er i stand til at arbejde eller ikke føler forståelse eller hjælp fra familie og venner (Davies et al., 2018; Frammer, 2021).

Betydningen af abstinenser

Ud fra den eksisterende forskning, om voksnes oplevelser af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin, tyder det på, at antidepressive abstinenssymptomerne påvirker både fysiske, psykiske og sociale aspekter af de voksnes liv i så høj en grad, at de ikke kan fungere i deres hverdag. I forlængelse heraf beretter flere om, at de mister lysten, glæden og meningen i og med

livet og flere beskriver en følelse af, at pillerne har ødelagt eller sat deres liv på pause (Davies et al., 2018).

Behandling af depression og angst med antidepressiv medicin

I nedenstående vil anvendelsen af antidepressiv medicin blive beskrevet med fokus på behandling af depression og angst, da disse to psykiske lidelser er nogle af de mest forekomne (WHO, 2022). Herefter vil et kort historisk indblik om antidepressive medicin samt evidens for at abstinenser kan opstå ved for hurtig nedtrapning af antidepressiv medicin bliver præsenteret. Til sidst vil de kliniske retningslinjer, herunder de danske, blive beskrevet med formålet om at kvalificere nærværendes speciales forskningsspørgsmål.

Ifølge verdenssundhedsorganisationen (herefter: WHO) har én ud af otte voksne mennesker en psykisk lidelse (WHO, 2021), med depression og angst som de mest almindelige (WHO, 2022). Det er estimeret, at henholdsvis 4,4% og 3,6% af verdens befolkning lider af depression eller angst (WHO, 2021). I Danmark viser tal fra Sundhedsstyrelsen (2021), at henholdsvis 13,2% og 12,3% af de ca. 170.000 adspurgte danske voksne (16-75+ år) havde depression eller angst.

Til behandling af disse psykiske lidelser bliver der udover psykoterapi, ofte brugt antidepressiv medicin, og det har resulteret i, at denne type medicin er den mest udbredte receptpligtig psykiatriske medicin verden over (Ambresin et al., 2015; Hengartner et al., 2020). Samme tendens ses i Danmark, hvor der ifølge Sundhedsdatastyrelsen i 2020 var over 400.000 danskere, der fik udskrevet antidepressiv medicin (Sundhedsdatastyrelsen, 2021).

I behandlingsvejledning for unipolar depression udarbejdet af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS, 2015) samt Den Nationale Rekommandationsliste om Farmakologisk Behandling af Angsttilstande (Sundhedsstyrelsen, 2020) anbefales gruppen af antidepressiva SSRI som første valg når det gælder medicinsk behandling til voksne med depression og angst. Samme

anbefalinger ses i Vejledningen om Behandling af Voksne med Antidepressive Lægemidler, som er udformet af Sundhedsministeriet (Sundhedsministeriet, 2014). Dette er i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens opgørelse af forbruget af antipsykotika fra Danmark i 2021. Her ses det, med 256.086 danske brugere, at SSRI'er er det mest hyppigt anvendte antipsykotikum i Danmark (Sundhedsdatastyrelsen, 2021).

Evidens for abstinenssymptomer ved for hurtig nedtrapning

SSRI'er kom på markedet efter at flere studier i 1960-70'erne rapporterede abstinenssymptomer og afhængighed i relation til benzodiazepiner, der var den første type psykofarmaka som patienter med psykiske lidelser kunne tage med formålet om at dæmpe deres depressions- og angstsymptomer. Herefter steg anvendelsen af SSRI'er, der havde samme formål (Sundhedsdatastyrelsen, 2021), med begrundelsen om, at disse præparater havde færre bivirkninger og ikke var afhængighedsskabende på samme måde som de ældre benzodiazepin-lignende lægemidler (Nielsen et al., 2011). Fra 1990'erne og frem blev der dog publiceret flere casestudier, der rapporterede abstinensreaktioner efter udtrapning af SSRI-præparater (Leiter, Nierenberg, Sanders, & Stern, 1995; Zajecka, Tracy, & Mitchell, 1997). Siden da har der i den akademiske psykiatri været uenighed om, hvorvidt SSRI'er, på samme måde som benzodiazepiner, kan medføre afhængighed og ligeledes abstinenssymptomer, når man trapper ud af præparaterne (Chouinard & Chouinard, 2015; Haddad, 2005; Leiter et al., 1995).

Trods megen debat og uenighed inden for dette undersøgelsesfelt, er der i den eksisterende forskning nu konsensus om, at mindst en tredjedel og op mod halvdelen af de patienter, der stopper på antidepressiv medicin oplever abstinenssymptomer og at halvdelen af disse, oplever dem i alvorlig grad (Davies & Read, 2019; Jauhar & Hayes, 2019; Read & Williams, 2018). Eksempelvis findes der nu flere systematiske og litteratur-reviews, der viser, at abstinenser efter nedtrapning af

antidepressiv medicin forekommer fra 25% til 86% af tilfældene, med et gennemsnit på 56% af patienter, der oplever abstinenser i form af eksempelvis følelsen af panik, depressionssymptomer, stød i hjernen, kvalme og søvnproblemer (Davies & Read, 2019; Fava, Gatti, Belaise, Guidi, & Offidani, 2015; Zajecka et al., 1997). I det nyeste systematiske review undersøgte de udover forekomsten også graden og varigheden af antidepressive abstinenser (Davies & Read, 2019). I overensstemmelse med ovenstående beskrivelser fra voksne, rapporterer Davies and Read (2019) at næsten halvdelen (46%), af de patienter der oplever abstinenssymptomer, oplever dem som alvorlige og længerevarende - fra flere uger, måneder og i nogle tilfælde op til flere år.

Forekomsten og sværhedsgraden af abstinenssymptomer tyder på at hænge sammen med, hvordan og hvor hurtigt voksne trapper ud af deres antidepressiv medicin (Groot & van Os, 2020a; Horowitz & Taylor, 2019; Sørensen, Juhl Jørgensen, & Munkholm, 2022). Eksempelvis viser studier, at færre patienter oplever abstinenssymptomer ved en længere nedtrapningsperiode, sammenlignet med en kortere eller abrupt nedtrapning (Sørensen et al., 2022; van Geffen et al., 2005). Disse fund afspejles dog ikke i de nuværende kliniske retningslinjer (Sørensen et al., 2022).

Kliniske retningslinjer om nedtrapning af antidepressiv medicin

Indtil for nylig beskrev NICE-retningslinjerne (De Engelske Evidensbaserede Anbefalinger om Sundhed og Behandling) abstinenssymptomer efter nedtrapning af antidepressiv medicin som ”milde og kortvarige” (Davies & Read, 2019; NICE, 2009). Denne beskrivelse er i overensstemmelse med de nuværende danske retningslinjer, som kalder sådanne symptomer for seponerings- eller ophørssymptomer: ”[seponerings]symptomerne opstår typisk inden for de første dage efter seponeringen og er som regel forbigående (RADS, 2015) og ”forsvinder normalt efter få dage til 1-2 uger.” (Davidsen, Jürgens, & Nielsen, 2019). Lignende beskrivelser ses i Lægehåndbogen (Kessing, Kristensen, & Øgard, 2020), Patienthåndbogen (Kessing, 2020),

Netdoktor (Videbech, 2021b), Promedicin (Videbech, 2021a) med flere. I samme retningslinjer og vejledninger beskrives det i overensstemmelse med NICE- og andre udenlandske retningslinjer, at man skal trappe langsomt ud af præparaterne for at undgå sådanne seponeringssymptomer, ofte hen over nogle uger eller måneder (Kessing et al., 2020; NICE, 2009; RADS, 2015; Sørensen et al., 2022; Videbech, 2021a, 2021b). Dog tyder det på, at nogle patienter netop vil opleve abstinenssymptomer, hvis de følger disse anbefalinger (Horowitz & Taylor, 2019; Papp & Onton, 2018; Sørensen et al., 2022). Sørensen et al. (2022) fastslår i forlængelse heraf, at de eksisterende kliniske retningslinjer derfor er for mangelfulde og uspecifikke til at klæde sundhedsprofessionelle ordentligt på til at kunne vejlede patienter, der ønsker at nedtrappe i deres antidepressive medicin.

I 2019 blev NICE-retningslinjerne ændret og anerkender nu, at nogle patienter oplever sådanne antidepressive abstinenssymptomer i alvorlig grad, og at de kan vare flere måneder og i nogle tilfælde længere (Iacobucci, 2019). I 2022 blev der lavet yderligere tilføjelser, hvor der nu beskrives, at nogle patienter skal nedtrappe endnu langsommere end først antaget. Der gives tilmed mere detaljerede vejledninger om, hvordan sundhedsprofessionelle kan hjælpe patienter med at trappe ud af deres antidepressive medicin (NICE, 2022).

Abstinens typer, samt forskellen på abstinenser og tilbagefald

Framer (2021) identificerer abstinenssymptomer i to typer: akutte og post-akutte/langvarige antidepressive abstinenser (eng: protracted withdrawal syndroms, PWS). Framer (2021) beskriver, at det længe har været anerkendt, at ophørssymptomer kan opstå efter en udtrapning af antidepressiv medicin, men kun, at sådanne ophørssymptomer kan vare op til få uger. Det tyder dog på, at de første uger af symptomer efter udtrapning kun repræsenterer de akutte abstinenssymptomer, hvorved de længerevarende abstinenser kan vare fra flere måneder eller op til flere år (Framer, 2021).

Framer (2021) beskriver endvidere antidepressive abstinenser som let genkendelige, når de manifesterer sig som usædvanlige neurofysiologiske symptomer, som for eksempel elektriske fornemmelser (eng: brain zaps), pludselige smerter, svimmelhed, kvalme og søvnproblemer. Dog bliver det sværere at skelne mellem om det er abstinenssymptomer eller tilbagefald, når symptomerne minder om den oprindelige tilstand for angst eller depression. Modsat den oprindelige tilstand, der ofte vil følge et mønster og gradvist udvikle sig, har både fysiske og psykiske abstinenssymptomer en tendens til at ramme uregelmæssigt i ”bølger og vinduer” og oftest vil de opleves som opstået uden årsag eller mere alvorlige og intense end nogensinde før. Disse definerer Framer (2021) som neuro-emotioner.

Specialets berettigelse

På trods af anerkendelsen af abstinenssymptomer og alvorligheden af disse både i den eksisterende litteratur og i NICE-retningslinjer fra 2022, er de nuværende danske behandlingsvejledninger og retningslinjer i forbindelse med nedtrapning af antidepressiv medicin stadig uændret. Disses anbefalinger for hastigheden af nedtrapning samt beskrivelser af sværhedsgraden og varigheden af antidepressive abstinenssymptomer tyder derfor ikke på at stemme overens med fundene fra den eksisterende forskning på området. Der mangler dog forskning, der netop fokuserer på voksne menneskers oplevelser af en udfordrende nedtrapning af SSRI-præparater. Indtil nu har fokus i den eksisterende litteratur været at underbygge, hvorvidt der opstår abstinenser under eller efter nedtrapning af SSRI'er, samt graden og varigheden af disse (Chouinard & Chouinard, 2015; Davies & Read, 2019; Read, 2020; Zajecka et al., 1997). Det meste af den eksisterende litteratur er således kvantitative studier, mens der kun findes få studier, der kvalitativt undersøger oplevelsen af abstinenssymptomer fra voksnes førstepersonsperspektiv. Et kvalitativt fokus tænkes at være en afgørende dimension i at opnå en holistisk forståelse af hvilken betydning

en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin kan have for voksne. På denne måde bliver det vigtigt at inddrage de voksnes eget perspektiv, da denne kan give adgang til ekspert- og uudnyttet viden om fænomenet, som kan være med til at bidrage og informere praksis, samt de danske kliniske retningslinjer om, hvad denne målgruppe kunne have brug for støtte til før, under og efter en sådan nedtrapning.

Derfor vil dette speciale igennem en fænomenologisk-hermeneutisk undersøgelse af voksnes oplevelser af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin forsøge at belyse dette med formålet om at bidrage og udvide den eksisterende forskning om dette emne. Nærværende speciale er således et kvalitativt studie, der igennem tre dybdegående interviews belyser tre voksnes oplevelser af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin.

Teori

Da nærværende studie anvender metoden IPA (som vil blive beskrevet yderligere i metodeafsnittet), vil dennes tre videnskabsteoretiske ståsteder; henholdsvis fænomenologien, hermeneutikken og ideografien blive beskrevet i det følgende. I forlængelse heraf vil Deurzens (2010) teori om ”de fire dimensioner af menneskelig eksistens” (e.o.) ligeledes blive præsenteret nederst i dette afsnit, da opgavens analyser tager afsæt i denne teori.

Videnskabsteori i IPA

IPA er en kvalitativ metode, som oprindeligt blev udviklet med formålet om at muliggøre et oplevelsesfokus inden for det psykologiske forskningsfelt (Smith, Larkin, & Flowers, 2022). IPA’s hovedformål er at belyse, hvordan mennesket forstår og skaber mening i deres personlige og sociale verden via detaljerede undersøgelser af deres levede oplevelser (Smith & Osborn, 2007). For at muliggøre en sådan undersøgelse, er tilgangen udviklet på baggrund af de tre filosofiske

hovedretninger: fænomenologi, hermeneutik og ideografi (Smith et al., 2022). I det følgende vil centrale ideer og koncepter fra de tre filosofiske retninger blive præsenteret.

Fænomenologi i IPA

Fænomenologi beskrives som en filosofisk retning, der undersøger, hvordan det opleves at være menneske (Smith et al., 2022). Dette formål har de fire fænomenologiske filosoffer Edmund Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1889-1976), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) og Jean-Paul Satre (1905-1980) til fælles. I Smith et al. (2022) nævnes de som værende medskabere af den fænomenologi, som IPA bygger på i dag.

Husserl grundlagde fænomenologien ud fra et princip om, at fænomenologien skulle undersøge dét at opleve på dets egen præmisser. Især var Husserl interesseret i at nå ind til menneskets oplevelse af et fænomen. Målet her var at finde frem til essensen af den oplevelse ved at bevæge sig væk fra menneskets taget-for-givet verden (livsverdenen) og nå ind til bevidsthedens oplevelsesmæssige indhold (Moran, 2000). Husserl mente, at man fik adgang til dette indhold igennem refleksion, for eksempel, at man fokuserer på opfattelsen af objekter i verden frem for objekterne i sig selv (Larkin, Watts, & Clifton, 2006). Først idet at vi bliver bevidste om fænomener som eksempelvis tanker, værdier og følelser, kommer de til syne. Husserl anvendte begrebet intentionalitet til at beskrive netop forholdet mellem denne bevidste proces og det objekt som ens bevidsthed rettes eller orienteres imod (Christensen, 2014; Smith et al., 2022). I IPA ses denne rettedhed i forhold til, hvilken betydning noget har for nogen – også kaldet meningsdannelse (Smith et al., 2022). Derudover beskrev Husserl livsverdenen som erfaringsgrundlaget for videnskab (Moran, 2000) og det er derfor, at man i IPA undersøger deltagernes livsverden - for netop at nå ind til essensen af den oplevelse af et bestemt fænomen, man ønsker at undersøge (Smith et al., 2022).

Heideggers bidrag til fænomenologien havde et hermeneutisk og eksistentielt fokus (Finlay, 2008). Heidegger stillede det ontologiske eksistensspørgsmål og mente, at det er igennem de praktiske aktiviteter og relationer, som vi befinder os i, at verden viser sig og bliver betydningsfuld for os. Endvidere beskrev Heidegger, at vores væren-i-verden (Dasein) altid er i en større sammenhæng, er midlertidig og findes i relation til noget (Larkin et al., 2006; Moran, 2000; Smith et al., 2022). Desuden pointerede Heidegger, at vi ikke kan skille vores indre verden fra den ydre, da vi altid vil være forbundet og have evnen til at kommunikere med og forstå hinanden. Heideggers idé om, at mennesket er en person-i-kontekst (Larkin et al., 2006) bliver således central i IPA, idet at fokus bliver menneskets fortolkning af deres meningsskabende aktiviteter i verden (Smith et al., 2022)

Ligesom Heidegger lægger Merleau-Ponty vægt på den situerede og fortolkende del af verden. Merleau-Ponty beskrev endvidere menneskets kropslige relation til verden og hvordan denne tydeliggør pointen om af, at mennesket har et individuelt perspektiv på verden (Moran, 2000). Merleau-Ponty præsenterede begrebet kropssubjekter, som blandt andet hentyder til synspunktet om, at vores krop ikke blot er et objekt i verden, men vores middel til at kommunikere med den. Subjektivitet og kropsligheden forenes idet, at ”min perception af andre altid dannes ud fra mit eget kropslige perspektiv” (Christensen, 2014; Smith et al., 2022, pp. 14, e.o.).

Sartre understregede, ligesom Heidegger og Merleau-Ponty, vores forbundenhed til verden og beskrev yderligere, at vores perception af denne bliver formet af tilstedeværelsen af andre (Smith et al., 2022). Sartre udviklede den eksistentielle del af fænomenologien og så mennesket som selvbevidste og meningssøgende væsner (Moran, 2000). Især lagde Sartre vægt på, hvordan selvets udvikling altid var et igangværende projekt og ikke en præ-eksisterende enhed, der skulle opdages (Moran, 2000). Sartre understregede derved menneskets handlingsorienterede måde at være i verden på og det tilhørende ansvar, der fulgte med friheden til at vælge. Her pointerede Sartre dog

også den kompleksitet man befinder sig i, og at et individs valg påvirkes af kontekst, historie og socialt miljø. Sartre beskrev, at vi forstår vores oplevelser som betinget af tilstedeværelsen eller fraværet af vores relationer til andre mennesker (Smith et al., 2022).

Heidegger, Merleau-Ponty og Sartre bidrog derved alle til det synspunkt, at mennesket er indlejret og fordybet i en verden af objekter, relationer, sprog og kultur. De bevæger sig således videre fra Husserls deskriptive tilgang og hen imod en mere fortolkende position med et fokus på at forstå menneskets orientering og involvering i verden (Smith et al., 2022).

Hermeneutik i IPA

Menneskets forsøg på at forstå deres oplevelser, bringer os videre til IPA's andet teoretiske udgangspunkt; hermeneutikken, som er fortolkningens teori. IPA deler hermeneutikkens synspunkt om, at mennesket er meningsskabende væsner, og at det er igennem interviewpersonernes beretninger, man kan få adgang til netop disse meningsskabende processer (Smith et al., 2022). Smith et al. (2022) beskriver tre hermeneutiske teoretikers grundidéer, som værende grobund for den hermeneutiske del af IPA: Freidrich Schleiermacher (1769-1834), Heidegger og Hans-Georg Gadamer (1900-2002).

Schleiermacher var en af de første til systematisk at skrive om hermeneutikken og udvikle et system af fortolkning, som kunne anvendes til alle former for tekster. For Schleiermacher involverede fortolkning både en grammatisk og psykologisk del, som henviste til henholdsvis det sprog forfatteren anvendte samt forfatterens indre tanker. Formålet med fortolkningsprocessen blev således at forstå forfatteren såvel som teksten. Schleiermacher mente således, at fortolkeren igennem detaljeret, omfattende og holistisk analyse ville være i stand til at forstå forfatterens tanker endnu bedre end forfatteren selv (Smith et al., 2022).

Heidegger pointerede i forbindelse hermed, at en sådan analyse ikke kunne finde sted uden at analytikeren bragte sin forforståelse, herunder erfaringer, antagelser og tidligere oplevelser, med sig i mødet med teksten (Finlay, 2008). For at nå ind til fænomenet i sig selv, skulle man gøre sig sin forforståelse bevidst ved først at engagere sig i teksten, for derefter at kunne vide, hvilken del af forforståelsen, der var relevant. Således blev Heideggers tilgang til at sætte ens forforståelse i parentes en mere cyklisk proces, end den Husserl først beskrev (Smith et al., 2022).

Gadamer tilføjede hertil pointen om, at tidspunktet hvor fortolkningen fandt sted også påvirkede fortolkningen af fænomenet. Således at fortolkningen af et stykke tekst bliver sat i kontekst af læserens eksisterende viden, og denne viden bliver ændret, idet det nye tekststykke bliver læst (Smith et al., 2022). Modsat Schleiermacher, mente Gadamer dog ikke, at det var muligt at nå ind til forfatterens oprindelige mening med teksten, men at formålet i stedet skulle være at forstå teksten i lyset af den tid, fortolkeren befandt sig i (Finlay, 2008). Med udgangspunkt både i fænomenologien og hermeneutikken bliver formålet med IPA-analysen således at undersøge deltageren, der fortæller om oplevelsen af et fænomen, samt fænomenet i sig selv (Smith et al., 2022).

Ideografi i IPA

IPA's tredje og sidste teoretiske udgangspunkt, ideografien, beskæftiger sig med det specifikke. I dette tilfælde er denne modsætning til den nomotetiske psykologi, som søger at etablere generelle lovmæssigheder om menneskelig adfærd (Smith et al., 2022). Den ideografiske tilgang sikrer en forpligtigelse til, at der bliver arbejdet analytisk med hver enkelt case uafhængigt af de andre. Først herefter vil man gå videre til at producere mere generelle mønstre mellem casene ved at fokusere på ligheder og forskelle i deltagerens oplevelser (Smith, Jarman, & Osborn, 1999). Således afskriver ideografien ikke generaliseringer, men nærmer sig dem mere forsigtigt, da de

lokaliseres i det specifikke, med målet om at nå ind til de genelle egenskaber af et bestemt fænomen (Smith et al., 2022).

Ovenstående beskrevne måde at anskue verden på, ligger således til grund for dette speciales videnskabsteoretiske ståsted, og er samtidig også baggrunden for opgavens udvalgte teori, som vil blive præsenteret i det følgende.

De fire dimensioner af menneskelig eksistens

Emmy van Deurzen (2010) beskriver, i overensstemmelse med ovenstående beskrevne fænomenologiske ståsted, at man ikke kan opnå en fuld forståelse af mennesket, hvis man kun undersøger dets psyke, men at man nærmere skal undersøge mennesket som en del af den kontekst de befinder sig i. Mennesket defineres således af deres relation til den fysiske verden, andre mennesker, dem selv og et netværk af mening (Deurzen, 2010). Denne forståelse af mennesket sammenfatter hun i sin model fire dimensioner af menneskelig eksistens, som indeholder en fysisk, social, personlig og spirituel dimension (Deurzen, 2010).

Deurzen (2010) beskriver dimensionerne som livslag i en sfære, hvor af man i det yderste og første lag lærer at være og overleve i den fysiske verden, hvorefter man i det sociale lag begynder at relatere og tilknytte sig til andre, førend man i det personlige lag får en forståelse af én selv og ens identitet, for til sidst, i det spirituelle lag, at begynde at forstå livets overordnede mening. Hvis man tager et udsnit af denne sfære, vil et kort over livets fire dimensioner komme til syne. Alle fire dimensioner er således nødvendige facetter af dét at være menneske og alle dimensionerne er lige vigtige at undersøge, hvis man vil opnå en holistisk forståelse af mennesket (Deurzen, 2010). Især kan det være vigtigt at undersøge de udfordringer, dilemmaer, modsætninger og konflikter, som vil opstå i hver dimension, da disse vil skabe ubehag og angst for mennesker, når de ikke kan løses (Deurzen & Adams, 2016). Modsætningsforholdene, som skaber spænding og forvirring i livet er

henholdsvis liv og død (fysiske dimension), kærlighed og had (sociale dimension), styrke og svaghed (psykologiske dimension) samt godt og ondt (spirituelle dimension). For at hjælpe os med at navigere i disse spændingsforhold styres vi af forskellige emotioner, som bliver et kompas, vi kan følge og guides af i hver dimension (Deurzen, 2010).

Selvom Deurzens (2010) fire dimensioner af menneskelig eksistens præsenteres hver for sig, i nedenstående afsnit, er det vigtigt at pointere at dimensionerne aldrig vil opleves så stringent adskilte i det virkelige liv, da de altid vil være vævet sammen i en kompleks sammenhæng, hvor de påvirker hinanden indbyrdes (Deurzen, 2010).

Den fysiske dimension

I den fysiske dimension er det vores krops sensoriske og motoriske systemer, der interagerer med den fysiske verden og det miljø vi befinder os i. Ifølge Deurzen (2010) befinder vi os i et spænd mellem liv og død og mennesket er således motiveret af overlevelse og reproduktion. Menneskeligt liv omhandler at forblive i spændingen mellem liv og død så længe som muligt, samtidig med at disse to modsætninger netop minder os om menneskets skrøbelighed.

Mennesket bliver i den fysiske dimension guidet af dets sanser og kropslige fornemmelser, herunder eksempelvis, at vi søger mod nydelse og tilfredshed og samtidigt forsøger at undgå smerte og ubehag (Deurzen, 2010). Mening opnås igennem en følelse af autonomi og en oplevelse af at vores handlinger gør en forskel og fører til konkrete resultater (Deurzen, 2010). Vi sigter ligeledes efter følelsen af sikkerhed og kontrol igennem blandt andet sundhed og rigdom (Deurzen & Adams, 2016). Deurzen (2010) beskriver i overensstemmelse med dette, at man som menneske vil opleve det som særligt vigtigt at skabe adgang til fysiske ressourcer, ved eksempelvis at opbygge økonomisk selvforsyning, der vil gøre én i stand til at forsørge én selv og éns pårørende. Dog vil man igennem livet, eksempelvis ved sygdom, blive mindet om at følelserne af sikkerhed og kontrol

altid kun vil være midlertidige (Deurzen & Adams, 2016). Det er således i denne dimension, at mennesket bliver konfronteret med kroppens begrænsninger. En udfordring for mennesket i denne dimension bliver på denne måde at acceptere disse begrænsninger, som uundgåeligt vil være en del af livet (Deurzen, 2010).

Den sociale dimension

I den sociale dimension interagerer vi og er i forbindelse med andre mennesker igennem enten samarbejde eller kontrol (Deurzen, 2010). Etablering af relationer og tilknytning til andre mennesker sker gennem den kultur og de grupper vi lever i, herunder eksempelvis klasse, alder og køn, hvoraf vi enten tilhører eller ikke tilhører bestemte grupper. Igennem livet udvikles, ændres og udvides vores forståelse af verden igennem mødet med forskellige mennesker, og vi lærer, hvordan vi skelner mellem dem, der beskytter og gavner os, og dem der angriber, udnytter eller underminere os (Deurzen, 2010). Interaktionen med andre bliver således en nødvendighed for vores overlevelse, både på det fysiske og psykologiske plan (Deurzen & Adams, 2016) og i forlængelse heraf beskrives kærlighed og had som det centrale modsætningsforhold som menneske bliver konfronteret med i denne dimension (Deurzen, 2010).

Mennesket bliver i overensstemmelse hermed guidet af følelser i den sociale dimension, og det er igennem disse, at vi forholder os til hinanden. Samtidigt giver vores følelser os en fornemmelse af retning, eksempelvis ved at vi kan mærke, hvad vi ønsker at bevæge os henimod, og hvad vi ønsker at bevæge os væk fra. Vores primære måde at udtrykke disse følelser på er igennem kommunikation med hinanden, hvorved vi ofte længes efter en følelse af anerkendelse, kærlighed og at høre til. Mening opnås i forlængelse af dette ved at stræbe efter og opnå fælles værdier med andre (Deurzen, 2010).

Den personlige dimension

Den personlige dimension bliver ifølge Deurzen (2010) udviklet i forlængelse af den fysiske og sociale dimension, da vi først udvikler en følelse af selv på baggrund af vores allerede dannede fysiske og sociale kompetencer. Således er det når vi begynder at kunne reflektere over disse fysiske og sociale oplevelser og erfaringer, at vi skaber et personligt selv i vores indre verden, hvor en mere afgrænset selvopfattelse og identitet kan dyrkes. På denne måde bliver det igennem selvrefleksionen, at vi forstår den fysiske og sociale verden som vi konstant er i forbindelse med (Deurzen, 2010). Udvælgelse, bearbejdning, erfaringer, erindringer, forventninger og ønsker er det der samles og udvikles til et selv. Udviklingen af selvet og ens identitet sker således igennem hele livet, blandt andet vil det ses ændret eller ødelagt af livsomstændigheder. I forlængelse heraf vil en positiv og fleksibel selvopfattelse dog blive dannet, når vi oplever at kunne håndtere, komme igennem og/eller overvinde modstand eller vanskeligheder, som uundgåeligt vil være en del af livet (Deurzen, 2010).

I den personlige verden bliver vi guidet af vores tanker. Igennem en indre dialog vurderer vi vores indre styrker og svagheder, succeser og fejl, som således bliver afgørende for, om vi ser os selv i et positivt eller negativt lys. Mening i denne dimension finder vi igennem en følelse af selvværd, og ved at vi har en viden om, at man er et godt og validt menneske (Deurzen, 2010).

I den personlige dimension beskrives også vigtigheden af at tage ansvar for egne handlinger, og at det er igennem ansvarstagen, at man opnår menneskelig frihed. Ifølge Deurzen (2010) kan man vælge, hvordan man ser verden og ens oplevelser, og det er altid muligt at ændre syn på de valg man har taget i fortiden. Dette vil ofte blive relevant, da livet netop er komplekst og ofte modsigende (Deurzen & Adams, 2016). Samtidigt opstår der ifølge Deurzen (2010) ofte lidelse, hvis man misforstår, hvordan et ansvar skal tages. De to måder at misforstå ansvar på er, på den ene side,

at tage ansvar for ting, man ikke har ansvar for og på den anden side nægte ansvar for ting, man har ansvar for (Deurzen & Adams, 2016).

Den spirituelle dimension

Den spirituelle dimension beskrives af Deurzen (2010), som den meta-verden, hvori den fysiske, sociale og personlige dimension bliver sat i kontekst. Det er i denne sfære, hvor idéer, betydninger, forståelser, overbevisninger samt tro hører til, og således er det her, hvor menneskets kompleksitet kommer til udtryk, idet at vi i denne dimension organiserer alle eksistensniveauer og dermed skaber vores verdenssyn. Verdenssyn skal ifølge Deurzen (2010) forstås som et system af mening, og hvordan vi forstår vores verden. Da denne dimension er det inderste og dybeste i vores personlige oplevelser, ligger de overbevisninger vi har implicit i alt, hvad vi siger, gør, tænker og føler. Disse overbevisninger vil være påvirket af eksempelvis den samfundsideologi, vi befinder os i samt vores religion og værdier (Deurzen, 2010).

I denne dimension bliver vi guidet af vores intuition. Intuition beskrives som værende en samlet forståelse af alle de input, vi får fra vores fem sanser, vores følelser og vores tanker. I forlængelse heraf styrer og motiverer vores værdier vores handlinger og holdninger, således at jo større betydning noget har for os, jo flere ting er vi villige til at opgive for at opnå det (Deurzen, 2010). Hvis vi er forhindrede i at gå efter vores intuition eller værdier, eksempelvis under kriser, kan dette føre til håbløshed, men det kan samtidig være en mulighed for at gennemgå og genopbygge måden vi lever vores liv på. Således finder vi mening gennem opdagelsen af en følelse af formål (Deurzen, 2010; Deurzen & Adams, 2016).

Som nævnt ovenfor er disse fire dimensioner således sammenflettet og når mennesker uundgåeligt møder modstand i livet, vil dette kunne ses som modsætninger, paradokser, dilemmaer

og/eller konflikter, som opstår i hver dimension. Formålet for mennesket vil ikke være at fjerne disse modsætninger, men nærmere at give plads til både det positive og det negative i livet og derved rumme alle niveauer af eksistens. Hvis man midlertidigt som menneske oplever modstand i alle fire dimensioner samtidig, vil dette kunne defineres som ”real hardship” eller som en eksistentiel krise (Deurzen, 2010; Deurzen & Adams, 2016).

Metode og design

Fra at have gennemgået specialets videnskabsteoretiske ståsted samt teoretiske udgangspunkt vendes fokus nu til undersøgelsens metode og design. For at sikre så høj kvalitet som muligt i nærværende undersøgelse, har det været vigtigt at inddrage og fremlægge de metodiske refleksioner som ligger til grund for de valg, der er blevet taget løbende i projektet (Brinkmann & Tanggaard, 2015). I nedenstående afsnit vil metodevalgene samt tilførende refleksioner således blive præsenteret. Disse inkluderer processen i forbindelse med litteratursøgningen, valg af kvalitativ metode og IPA som tilgang, forskningsdesign, min videnskabelige erkendelsesproces, transskribering og en præsentation af analysetilgangen.

Proces i forbindelse med litteratursøgningen

I forbindelse med nærværende undersøgelse er der blevet foretaget to systematiske litteratursøgninger. Den første havde til formål, at undersøge, hvor mange kvalitative studier, der belyser voksnes oplevelse af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin. Den anden var en bredere søgning, som havde til formål at afdække eksisterende litteratur om nedtrapning af antidepressiv medicin. I nedenstående afsnit vil processen i forbindelse med disse to litteratursøgninger blive beskrevet, herunder vil der blive redegjort for søgestrategien, udarbejdelsen af søgeblokke, valg af databaser samt identifikation af relevant litteratur.

Udarbejdelsen af søgeblokke og valg af databaser

Med udgangspunkt i specialets forskningsspørgsmål blev nedenstående søgeblokke konstrueret ved hjælp af PICO-modellen, som står for population, fænomen af interesse og kontekst (Cherry, Smith, Perkins, & Boland, 2017). Opdelingen blev således: Population: Voksne på et SSRI-præparat, fænomen af interesse: oplevelse, samt kontekst: udfordrende nedtrapning. Derved blev de fire søgeblokke: SSRI (Blok 1), nedtrapning (blok 2), oplevelse (blok 3) samt kvalitativ forskning (blok 4) udformet (Tabel 1, Bilag 1).

Først blev der brainstormet på hver af de tre begreber og lavet scoping søgninger i Summon, Google Scholar og PsychInfo som Dundar and Fleeman (2017) anbefaler i forbindelse med en systematisk søgning. Herefter blev der undersøgt om de udvalgte ord fandtes som emneord (MeSH, Subject Heading) i databaserne PsychINFO, Embase og PubMed, hvorefter det blev vurderet om tilhørende emneord (borader/narrowere/related terms) skulle inkluderes i den pågældende blok.

EMNEORD	Blok 1: SSRI	Blok 2: Nedtrapning	Blok 3: Oplevelse	Blok 4: Kvalitativ
PsycINFO (Thesaurus)	Antidepressant Drugs Serotonin reuptake inhibitor Citalopram Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline Zimeldine	Drug withdrawal	Experiences (events) Life Experiences Client Attitudes	Qualitative Methods Qualitative measures Grounded Theory Interpretative Phenomenological Analysis Narrative Analysis Semi-Structured Interview Thematic analysis Phenomenology Interviewing Interviews Narratives Retrospective Assessment Hermeneutics
FRITEKSTORD	OR	OR	OR	OR
PsycINFO (Keyword)	Antidepress* Citalopram Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline Zimeldine Prozac SSRI* Serotonin reuptake inhibitor* Psychiatric drug* Psychiatric medication*	Withdraw* Discontin* Stop* Coming off Taper*	Experienc* Personal account* View* Perspective* Attitud* Voice* Retrospective account*	Qualitative* Grounded theory Interpretative Phenomenological Analysis IPA Narrativ* Thematic analysis Interview* Phenomenolog* Hermeneutic* Retrospective Assessment*

Tabel 1. Tabellen viser søgeblokkene med tilhørende søgestreng, der blev anvendt i PsychInfo (se søgningerne fra databaserne Embase og PubMed i Bilag 1).

Hver blok blev konstrueret ved at sammensætte de relevante emneord og fritekstord. Ordene i hver søgeblok blev kombineret med "OR", hvorefter de færdige søgeblokke blev kombineret med AND (Tabel 1, Bilag 1).

Da specialets forskningsspørgsmål befinder sig inden for det sundhedspsykologiske undersøgelsesfelt, blev PsycINFO, Embase og PubMed valgt som søgedatabaser, da disse gav mulighed for at søge efter både psykologiske, medicinske og farmakologiske studier. Den første søgning blev foretaget d. 1. februar 2022 og den anden søgning blev foretaget d. 18. maj 2022.

Identifikation af relevant litteratur

Med udgangspunkt i ovenstående PICO-model blev følgende inklusions- og eksklusionskriterier anvendt i screeningsprocessen.

Inklusionskriterier. Studierne skulle være tilgængelige og publicerede i én af de valgte databaser (PsychINFO, Embase, PubMed) eller være fundet i relevante studiers litteraturliste (kædesøgning) og være på engelsk eller dansk. Derudover skulle studierne fokus være på voksnes oplevelser af at trappe ned i et SSRI-præparat. Patienternes motivation for at trappe ned, skulle være enten på grund af en forbedring af deres oprindelige psykiske tilstand angst eller depression, som de fik SSRI-præparatet for eller en forværring af symptomer, for eksempel bivirkninger.

Specialets første systematiske søgning blev afgrænset til kvalitative studier, da forskningsspørgsmålet lægger op til en undersøgelse af oplevelsen af en nedtrapning fra førstepersonsperspektivet (Figur 1). Ved den anden søgning blev den "kvalitative" blok fjernet, da denne søgning havde til formål at finde både kvantitativ og kvalitativ baggrundslitteratur om emnet (Figur 2, Bilag 2).

Den første søgning gav i alt 633 referencer (158 i PsychINFO, 330 i Embase, 145 i PubMed), som blev overført til EndNote, hvor dubletter blev fjernet. Herefter blev de resterende

460 artiklers titel og abstract screenet ud fra ovennævnte inklusions- og nedenstående eksklusionskriterier (Dundar & Fleeman, 2017) ved hjælp af det webbaserede screeningsprogram Covidence.

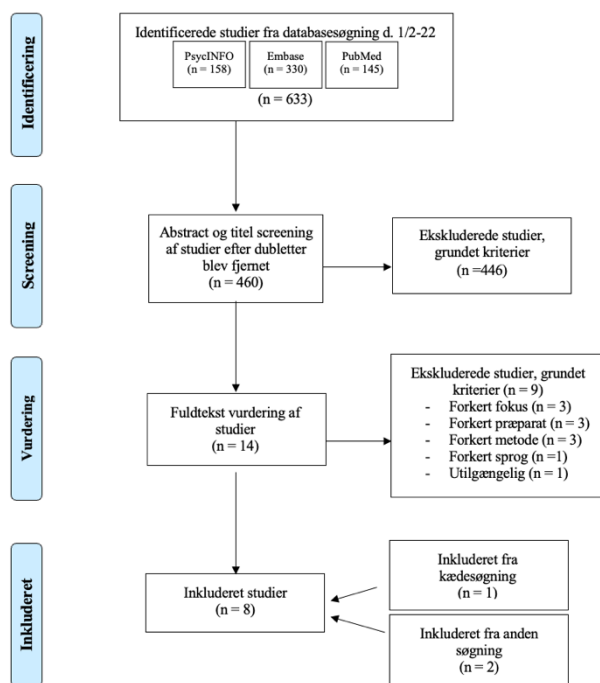
Eksklusionskriterier. Dette resulterede i at 446 studier blev frasorteret grundet enten, at artiklen var irrelevant, for eksempel at studierne omhandlede oplevelsen af at være på antidepressiv medicin eller beslutningsprocessen om, hvorvidt patienter valgte at trappe ud eller blive på antidepressiv medicin. I blandt de frasorterede, var der også studier, der undersøgte emnet ud fra fagprofessionelles perspektiv.

14 studier blev vurderet relevante i forhold til forskningsspørgsmålet, og blev derfor fuldttekst screenet. 9 studier blev ekskluderet grundet enten forkert fokus, præparat, metode, sprog, eller hvis studiet ikke var tilgængeligt (Figur 1).

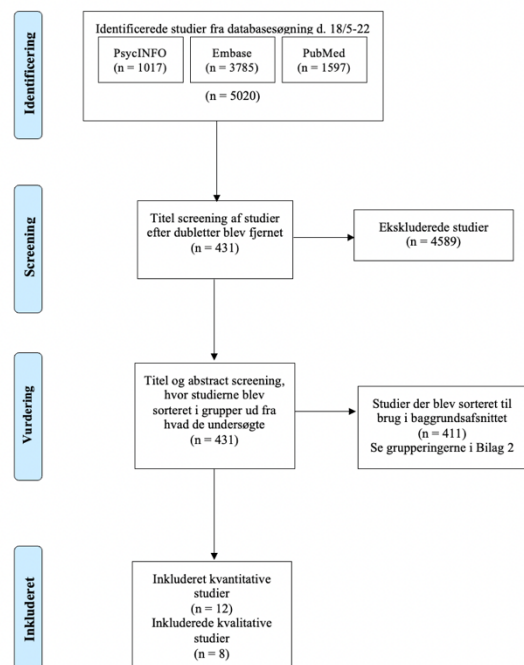
Derved var der fem studier fra den første søgning, der blev vurderet til at være relevant i forhold til nærværende opgaves forskningsspørgsmål. En kædesøgning af disse fem studier førte til at endnu én artikel, blev vurderet relevant på trods af, at studiet ikke var publiceret. Dette studie kan således kategoriseres som grå litteratur. Endvidere blev yderligere to artikel identificeret i den anden litteratursøgning (søgningen efter baggrundslitteratur), som ligeledes blev inkluderet (Bilag 2).

Ud fra de to ovenstående søgninger, blev der således fundet otte studier, der belyste nærværende emnes speciale kvalitativt. Disse er inkluderet i specialets indledning sammen med andre relevante kvantitative studier, som blev fundet igennem den anden søgning med formålet om skabe en forståelsesramme for undersøgelsesfeltet og begrunde valg af fokus i nærværende speciale (Bilag 2).

Da de otte kvalitative studiers metoder enten var personlige fænomenologiske beskrivelser eller tematiske analyser af åbne spørgeskemaer eller opslag på internettet, findes der således ingen studier, der undersøger oplevelsen af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin via kvalitative dybdegående interviews. Ligeledes mangler der studier, der detaljeret forsøger at beskrive og forstå, hvilken betydning, abstinenssymptomer og de medfølgende udfordringer, har for voksnes fysiske, psykiske og sociale liv.



Figur 1. PRISMA Flowchart over 1. søgning - identifikation af relevante kvalitative studier



Figur 2. PRISMA Flowchart over 2. søgning - identifikation af baggrundslitteratur

Valg af kvalitativ metode og IPA

I nedenstående afsnit vil valget af kvalitative metode samt IPA-tilgangen blive begrundet, hvorefter dette speciales forskningsdesign, herunder valg af dybdegående interviews, rekrutteringsprocessen, udarbejdelse af interviewguide, rammesætning for de udførte interviews og

transskribering vil blive beskrevet. Dernæst vil der blive redegjort for IPA'ens syv analysetrin, hvor der til sidst vil være en præsentation af nærværende undersøgelsens interviewpersoner.

Som nævnt i introduktionen, undersøger nærværende speciale voksnes oplevelse af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin kvalitativt. Dette blandt andet fordi, at det i ovenstående afsnit igennem en systematisk litteratursøgning blev fremlagt, at der er mangel på denne slags studier inden for dette forskningsområde. Mens kvantitative undersøgelser generelt forsøger at finde frem til lovmæssigheder og generaliseringer ud fra den undersøgte forskningsgenstand, er de kvalitative metoders formål at undersøge et fænomen ideografisk, således at forskeren forsøger at forstå det unikke og individuelle ved eksempelvis en person eller begivenhed (Böttcher, Kousholt, & Winter-Lindqvist, 2018; Christensen, 2014; Karpatschhof, 2015). Den kvalitative forskningsmetode bliver på denne måde relevant at anvende ved komplekse problemstillinger, da den kan give adgang til vigtige nuancer og detaljer, der kan være med til at skabe en større, dybere og bredere forståelse af det undersøgte fænomen (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Således supplerer den kvalitative forskning, igennem en analyse af den menneskelige oplevelse af et fænomen, den beskrivende viden fra den allerede eksisterende kvantitative forskning (Karpatschhof, 2015). Da specialets valgte fænomen tyder på ud fra den eksisterende litteratur at indeholde komplekse problemstillinger, vurderes det at kvalitativ metode vil være en passende tilgang til undersøgelsen af fænomenet voksnes oplevelse af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin.

I forlængelse heraf er IPA valgt som specialets metodiske tilgang, da netop denne fremgangsmåde giver mulighed for en detaljerig undersøgelse af den individuelle menneskelige oplevelse (Smith et al., 2022; Smith & Osborn, 2007). Smith og Osborn (2007) beskriver IPA, som værende en særlig brugbar tilgang, når man er optaget af at forstå en uudforsket problemstilling, da den tillader en undersøgelse af kompleksiteten og eventuelle ambivalente oplevelser i respondenter

beretninger. IPA er derudover valgt som tilgang i dette speciale, da den særligt bliver brugt inden for sundhedspsykologiens undersøgelsesområder, som dette speciale kan placeres under. Da sundhedspsykologien bygger på antagelsen om, at der er en sammenhæng mellem menneskets verbale udtryk, kognition og fysiske problem (Smith, 1996), understreges vigtigheden af at forstå patienters opfattelse og deres fortolkning af deres kropslige oplevelser (Brocki & Wearden, 2006). IPA giver muligheden for netop at udforske disse subjektive oplevelser, der er involveret, når et individ forsøger at forstå sin helbredstilstand. Metoden hjælper med at beskrive og forstå deltagerens beretninger, og hvilken betydning de tillægger deres oplevelser (Smith et al., 1999). Derudover beskriver Smith (1996), at en sådan kvalitativ tilgang indtil for nyligt har været mangelfuld i sundhedspsykologen på grund af at den primære anvendelse af kvantitative metoder inden for dette felt. Det hævdes at kvalitativ forskning, herunder IPA, kan supplere, udvide og berige den allerede eksisterende kvantitative forskning inden for det sundhedspsykologiske område (Smith, 1996). Da samme tendens ses i litteraturen om nærværende speciales problemstilling vurderes det således, at IPA vil være en passende tilgang at anvende i undersøgelsen af, hvordan det for voksne opleves, når der opstår udfordringer i en nedtrapning af antidepressiv medicin.

Forskningsdesign

Nærværende opgaves forskningsdesign er udviklet med afsæt i de metodiske anbefalinger, som Smith et al. (2022) beskriver er udgangspunktet for en god IPA-undersøgelse. For at skabe gennemsigtighed omkring de metodiske valg og refleksioner vil disse blive beskrevet i de følgende afsnit.

Dybdegående interviews

Ved brug af IPA-tilgang, anbefales det, at der vælges en metode til at indsamle empiri, der inviterer deltagerne til at give en ”rig” og detaljeret førstepersonsberetning om deres oplevelse af noget. Metoden dybdegående én-til én interviews er derfor valgt i dette projekt, da den kan facilitere indhentning af informanternes fortællinger, tanker og følelser om fænomenet oplevelsen af en udfordrende udtrapning (Smith et al., 2022). Ud fra ovenstående litteratursøgninger ses det, at spørgeskemaundersøgelser er den mest anvendte metode til at undersøge nærværende opgaves emne (se bl.a. Davies et al., 2018; Guy et al., 2020). Selvom der i denne metode bliver lagt op til, at respondenter beskriver deres personlige historier, oplevelser, tanker og følelser, skal svarene passe en fastlåst rækkefølge og i små kasser, som kan være medvirkende til at deltagernes svar bliver kortfattet. Ved at bruge semi-strukturerede dybdegående interviews giver det muligheden for at tilpasse interviewsituationen til hver informant, og gøre det tydeligere, hvad de oplever som vigtigt. Derudover giver interviewmetoden også mulighed for at opmuntre til endnu mere detaljerede beskrivelser og på denne måde få mere dybdegående svar og forhåbentlig en større forståelse af fænomenet end ved spørgeskemaundersøgelser (Smith et al., 2022). At interviewe deltagerne hver for sig er valgt, da metoden skal hænge sammen med IPA’s ideografiske tilgang, men ligeledes også fordi individuelle interviews kan være med til at sikre et mere fortroligt rum, som er essentielt, når der skal åbnes op for personlige og følsomme emner (Brinkmann, 2014).

Rekruttering

Udvælgelseskriterier. Med udgangspunkt i specialets forskningsspørgsmål og problemfelt blev der udarbejdet kriterier for udvælgelse af interviewdeltagere med formålet om at finde en relativt homogen gruppe. At der udvælges deltagere på baggrund af bestemte kriterier (Lewis-Beck, Bryman, & Liao, 2004), gør det muligt senere i analysen at kigge på ligheder og forskelle mellem

deltagerne inden for den valgte gruppe (Flick, 2011; Smith et al., 2022). I overensstemmelse med IPA's ideografiske ståsted er formålet med udvælgelsen at få et perspektiv på det undersøgte fænomen og ikke at nå frem til analysefund, der kan generaliseres til en større population (Smith et al., 2022).

Denne undersøgelses kriterier for udvælgelse af interviewdeltagere blev således følgende: Deltagerne skulle være over 18 år og være opstartet i et SSRI-præparat på grund af depression eller angst. De skulle endvidere have været på et SSRI-præparat i minimum et år før de påbegyndte deres nedtrapning, da størstedelen af de danskere, der tager SSRI'er har taget dem i over et år (Sundhedsdatastyrelsen, 2021). Da flere studier har undersøgt, hvilke overvejelser, der fylder for mennesker inden en nedtrapning – ofte omhandlende frygt eller tvivl om, hvorvidt man skal nedtrappe (Eveleigh, Speckens, Weel, Oude Voshaar, & Lucassen, 2019; Van Leeuwen et al., 2022), ønskede jeg at belyse, hvordan det opleves, efter man har taget beslutningen om at trappe ned, men samtidig oplever udfordringer med en sådan nedtrapning. Derfor blev det sidste udvælgelseskriterium, at interviewdeltagerne enten skulle være i gang med eller være færdig med nedtrapningen af et SSRI-præparat. Jeg ønskede at finde mellem tre til fem deltagere, da Smith et al. (2022) anbefaler dette som det optimale antal til et IPA-projekt af dette speciales omfang.

Adgang til felten. For at få adgang til ovennævnte målgruppe, undersøgte jeg, om der var nogle danske facebookgrupper for voksne, der prøvede at trappe ned i SSRI-præparater. Jeg søgte på ordene "udtrapning", "antidepressiv", "psykofarmaka" og "SSRI", hvorved jeg vurderede tre facebookgrupper relevante: "Støttegruppe Medicinrådgivningen – Støtte til udtrapning", "Forum for sindslidelser, medicinering og andre behandlingsmuligheder" og "Ud af psykofarmaka". På baggrund af opslag i disse grupper (Bilag 3), fik jeg dog kun én henvendelse, hvorfor jeg tog kontakt til to personer, der havde rettet henvendelse til mig under et tidligere metodeprojekt med samme emne. Under dette tidligere projekt, fik jeg flere henvendelser end jeg havde brug for, og

havde derfor aftalt med de to personer, som jeg ikke havde interviewet, at jeg måtte kontakte dem igen i forbindelse med mit speciale, hvis behovet opstod. Den ene deltager havde oprindeligt set mit tidligere opslag i facebookgruppen: ”Støttegruppe Medicinrådgivningen – Støtte til udtrapning” og den anden havde fået kendskab til mit metodeprojekt gennem et familiemedlem, som havde set mit opslag i facebookgruppen: ”Syddansk Universitet (SDU – Odense)” (Whittlestone, 2021). De svarede begge tilbage, at de opfyldte specialets beskrevne kriterier og gerne ville deltage i nærværende undersøgelse.

Således er der i dette projekt udført dybdegående interviews med tre informanter. Disse præsenteres sidst i metodeafsnittet.

Interviewguide

For at sikre, at der blev indhentet relevante informationer under mine interviews, der sidenhen skulle være grundlaget for besvarelse af forskningsspørgsmålet, blev der udarbejdet en interviewguide (Bilag 4). Interviewspørgsmålene skulle invitere til detaljerede, førstepersonsfortællinger om oplevelsen af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin med fokus på fornemmelser, følelser og tanker, for at jeg efterfølgende kunne lave en omfattende analyse.

Som beskrevet tidligere er nærværende speciales emne mest undersøgt via kvantitative metoder eller spørgeskemaundersøgelser. Her er det blevet fastslået, at nogle patienter oplever fysiske og psykiske symptomer i forbindelse med nedtrapning af SSRI'er (Davies & Read, 2019; Fava et al., 2015; Read et al., 2018). Der mangler dog detaljerede beskrivelser af, hvordan disse symptomer påvirker patienternes liv og hverdag. For at bidrage til eksisterende litteratur på området ønskede jeg derved at lægge op til en holistisk undersøgelse af fænomenet en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin, ved at opdele interviewguiden i de overordnede temaer:

fysiske, psykiske og sociale oplevelser samt refleksioner om disse og deres betydning for informanternes liv og velvære. Denne opdeling lægger sig samtidig også op ad opgavens videnskabsteoretiske ståsted idet, at IPA beskriver, at når mennesker oplever store udfordringer opleves de multidimensionalt, herunder kropsligt, kognitivt, affektivt og eksistentielt. Således bliver det relevant at udføre en holistisk og fænomenologisk-hermeneutisk analyse af disse oplevelser for at nå frem til en større forståelse af det udvalgte fænomen (Smith et al., 2022).

Efter at have udvalgt temaerne, formulerede jeg tilhørende spørgsmål til hver af disse, som jeg satte i en rækkefølge, som jeg vurderede, var logisk. Spørgsmålene skulle være åbne og udvidende, og deltageren skulle opfordres til at svare længe og dybdegående. Rækkefølgen skulle være med til at facilitere en behagelig interaktion mellem informanten og mig, så informanten følte sig tryk og derved fik lyst til netop at åbne op og beskrive detaljeret om deres oplevelser (Smith et al., 2022). Jeg startede med at stille nogle faktuelle spørgsmål, hvorefter jeg spurgte jeg ind til, om de oplevede nogle udfordringer ved deres nedtrapning af antidepressiv medicin. For ikke at antage, at deltagerne oplevede bestemte ting, formulerede jeg først nogle ja-og-nej-spørgsmål, som dog blev efterfulgt af åbne opfølgende spørgsmål. Jeg spurgte hvordan de henholdsvis fysiske, psykiske og sociale udfordringer påvirkede dem, herunder også hvilke tanker og følelser de oplevede i forbindelse med disse. Til sidst i interviewet formulerede jeg spørgsmål, der havde til formål at lægge op at få nogle mere personlige, analyserende og reflekterende svar fra deltagerne (Bilag 4).

Selvom spørgsmål og rækkefølge ofte blev ændret undervejs i interviewsituationerne, var forberedelsesprocessen med til at gøre det klart, hvad mine vigtigste temaer var, så jeg netop nemmere kunne frigøre mig fra interviewguiden og følge mine informanter. Interaktionen mellem informant og mig bliver her et eksempel på den hermeneutiske proces. Informantens indledende fokus vil blive guidet af de planlagte spørgsmål, hvorefter informantens svar vil guide de opfølgende spørgsmål og give mulighed for følge nyopståede temaer, der kunne være relevante for

forskningsspørgsmålet. Disse ”nye veje” kan være vigtige, da de både fortæller forskeren noget, som man ikke have forudset og samtidigt kan have særlig betydning for informanten, da de er opstået uopfordret (Smith et al., 2022). Derudover gav den hermeneutiske tilgang mig også mulighed for at ændre og tilpasse interviewguiden mellem hvert interview. Første og sidste version af interviewguiden er vedhæftet som bilag, hvor jeg har markeret ændringerne med farve (Bilag 4 og 5).

Rammesætning for interviewene samt etik

For at skabe de bedste betingelser for, at interviewdeltagerne følte sig trygge før, under og efter interviewet, gjorde jeg mig flere overvejelser i forhold til, hvordan jeg skulle rammesætte interviewene (Kvale & Brinkmann, 2015). Disse vil blive beskrevet i det følgende, herunder også etiske overvejelser omkring informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser for deltagerne, transskribering samt min videnskabelige erkendelsesproces.

Informeret samtykke og fortrolighed. Først lod jeg informanterne bestemme, om interviewet skulle foregå i mit hjem, i deres eller online. De to første interviews blev således foretaget på onlineplatformen Zoom og det sidste fysisk, hjemme ved mig. Dagen inden hvert interview sendte jeg en mail til hver af interviewdeltagerne med informationer om tid, sted og til de to deltagere, som jeg skulle interviewe online også et sikkert Zoomlink (Bilag 6). Derudover vedhæftede jeg samtykkeerklæringen (Bilag 7), som jeg bad dem om at læse igennem inden interviewet. I overensstemmelse med de etiske retningslinjer om indhentelse af informeret samtykke samt fortrolighed (Kvale & Brinkmann, 2015; Smith et al., 2022), beskrev jeg, at interviewet ville blive optaget og efterfølgende transskriberet. Her ville jeg ændre navn samt andre personhenførbare data, så informanterne forblev anonyme. Derudover oplyste jeg om, at de havde ret til at tilbagetrække deres samtykke, indtil jeg påbegyndte min analyse (Smith et al., 2022).

Briefing. For at sætte en ramme for interviewet og give informanten tid til at lande i interviewsituationen, valgte jeg at lave en briefing (Kvale & Brinkmann, 2015). Her takkede jeg først for deres deltagelse, hvorefter jeg ligesom i samtykkeerklæringen beskrev formålet med mit speciale og gentog informationerne omkring optagelse, transskribering og anonymitet samt gav dem mulighed for at stille spørgsmål. Jeg fortalte, at jeg ville komme til at spørge ind til deres personlige oplevelse af nedtrapning af et SSRI-præparat. Jeg understregede, at de til enhver tid kunne sige, hvis der var spørgsmål, de ikke ønskede at svare på eller hvis de ønskede, at vi holdt en pause eller stoppede helt (Bilag 4 + 5).

Konsekvenser. I forbindelse med mine interviews var det desuden relevant at tage stilling til, hvilke konsekvenser interviewet kunne have for deltagerne (Brinkmann, 2014; Kvale & Brinkmann, 2015). Her overvejede jeg blandt andet, hvordan dét at tale om et eventuelt sårbart emne ville påvirke informanterne, eksempelvis ved at interviewet kunne udtrætte eller belaste dem (Smith et al., 2022). Derfor besluttede jeg at sætte tidsrammen til en time for hvert interview, ved at afgrænse min interviewguide til ti overordnede spørgsmål, som det anbefales af Smith et al. (2022). Dette afstemte jeg ligeledes med informanterne før og i starten af interviewet og hvis relevant, spurgte jeg om tilladelse til at stille flere spørgsmål, hvis vi var gået over tiden. Hvis et spørgsmål var meget personligt, spurgte jeg om tilladelse til at stille det, så de havde mulighed for at sige nej.

Derudover havde jeg overvejet, hvor jeg kunne henvise informanterne til, hvis de gav udtryk for, at de havde brug for hjælp (Smith et al., 2022). Dette blev relevant ved én af informanterne, som jeg henviste til MedicinRådgivningen, som blandt andet yder gratis rådgivning omkring ned- og udtrapning af receptpligt medicin (MedicinRådgivningen, u.å).

Transskribering

De tre interviews blev optaget med en Smartphone efter tilladelse fra hver af deltagerne. Disse optagelser blev behandlet efter SDU's regler om behandling og opbevaring af personoplysninger (SDU, 2021).

Da man i en IPA-analyse hovedsageligt fortolker indholdet af informantens beretninger og betydningen af disse, er transskriptionerne i denne opgave af semantisk karakter. Det vil sige at alle ord, herunder også fylde-ord som for eksempel ”øhm” og ”hmm”, som siges af enten interviewer eller interviewpersonerne, er transskriberet med. Specifikke længde på pauser og interviewerens anerkendende lyde, som kom midt i informantens talestrøm, er ikke transskriberet med, da de vurderes ikke at have betydning for det semantiske indhold af interviewene (Smith et al., 2022). Dog er ufærdige sætninger, korte og længere pauser, hævnngen i stemmen, og hvis der bliver lagt vægt på ét eller flere ord markeret i transskriptionerne (Bilag 8). Derudover er nonverbale ytringer skrevet i parentes, for eksempel (suk) og (smågrin). Nogle enkelte steder med støj på lydoptagelsen, under de to online interviews, har resulteret i at nogle ord var så utydelige, at de ikke kunne transskriberes med. Disse transskriberes ved at skrive: ###. Derudover transskriberes nonverbal adfærd, som eksempelvis gestikulationer og lignende ikke med og ligeledes er der ikke blevet noteret stemninger og intonation. Disse bliver eksempler på, at transskriptionerne ikke er fuldstændige repræsentationer af selve interviewsituationen, og det bliver således her tydeligt, at intervieweren påbegynder sin fortolkningsproces allerede under transskriptionen (Smith et al., 2022).

Min videnskabelige erkendelsesproces

For at skabe transparens i næverende speciale, vurderes det relevant at fremlægge, at jeg har personlig erfaring med valgte problemstilling. Igennem denne erfaring har jeg således på egen krop

oplevet, hvilken betydning antidepressive abstinenssymptomer kan have for en voksens fysiske, psykiske og sociale liv. Grundet disse oplevelser har jeg således stiftet bekendtskab med dette emne og forskningsfelt, på det personlige plan, på en måde, som jeg forinden ellers ikke vidste eksisterede. Dette har således skabt en interesse for specialets problemstilling, og det er igennem denne at jeg fandt ud af, at der ikke var ret meget forskningsbaseret viden, som havde fokus på menneskers oplevelse med fænomenet. Med afsæt i dette opstod der en interesse for at undersøge emnet kvalitative og samtidigt skabe fokus på emnet. Specialets er således baseret på en motivation for at udbrede viden om fænomenet en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin så færre voksne i fremtiden skal gennemgå det jeg selv har været og går igennem.

Med min personlige oplevelse er det derfor særlig vigtigt at pointere, at jeg medbringer en bestemt forforståelse, herunder erfaringer, tanker og følelser omkring det undersøgte fænomen. For at styrke min undersøgelse er det derfor vigtigt, at jeg har gjort mig disse forforståelse, antagelser og biaser bevidst (Malterud, 2012). Et eksempelvis på dette er, når jeg i min interviewguide har forsøgt for at formulere nogle åbne spørgsmål på forhånd (Bilag 4 + 5), så jeg i interviewsituationen ikke kom til at stille ledende spørgsmål, hvor jeg søgte at få bekræftet mine egne oplevelser, men at fokus blev deltagernes personlige oplevelser. Jeg har derudover forsøgt at kvalificeret min undersøgelse igennem mine systematiske litteratursøgninger, hvor jeg har afdækket den eksisterende litteratur på området samt valgt en metode, der kan bidrage med nye vinkler til den undersøgte problemstilling. Dette har således været med til at sørge for, at undersøgelsen har relevans og ikke kun udspringer af mine egne personlige oplevelser samtidig med, at interviewmetoden bidrager til flere nuancer og detaljerige beskrivelser, end der er set før. Derudover har jeg anvendt forskellige fænomenologiske metodiske greb i min undersøgelse (beskrives nedenfor), med formålet om netop at nå ind til de fænomener, som træder frem i mine

interviewdeltageres beretninger, også dem som lægger uden for mine umiddelbare antagelser og forforståelse (Deurzen, 2015).

Metodiske greb

For at hjælpe mig med at gå ind i felten med en åben og fordomsfri tilgang til nærværendes speciales problemstilling, har jeg i min undersøgelse anvendt tre fænomenologiske metodiske greb. Disse er henholdsvis parentesreglen, beskrivelsesregnen samt ligeværdighedsreglen og har til formål at hjælpe mig med at sætte min forforståelse i parentes. I forbindelse med disse er det vigtigt at pointere, at disse til en vis grad bedst kan forstås på et teoretisk plan, og at det aldrig vil være helt muligt at fjerne min forforståelse. Grebene har dog været en hjælp til, hvordan jeg har forsøgt at lade min forforståelse vige til fordel for interviewdeltageres førstepersonsperspektiv. Da IPA ligeledes har et hermeneutisk og ideografisk afsæt har jeg foruden eksempler på den fænomenologiske tilgang ligeledes givet eksempler på, hvordan disse to tilgange ligeledes ses i min undersøgelse.

Parentes, beskrivelses- og ligeværdighedsreglen. I en fænomenologisk undersøgelse skal man som forsker forsøge at sætte sin forforståelse samt sine forventninger og antagelser, om det undersøgte fænomen i parentes for at muliggøre at fænomenet træder frem, så klart som muligt (Jacobsen, Tanggaard, & Brinkmann, 2015). Husserl udviklede metoder, som netop havde til hensigt at sætte ens forudindtagede syn på verden i parentes. Selvom formålet ikke er at fjerne den taget-for-givet-verden, foregav Husserl, at man igennem nogle reduktioner, herunder beskrivelser og refleksioner, kunne nå ind til essensen af en oplevelse af et givent fænomen. Her beskrives essensen som værende de konstante egenskaber, der ligger under den subjektive opfattelse af en fænomens varierende udtryk. Hvis man kunne nå ind til disse essentielle egenskaber af en specifik oplevelse, argumenterede Husserl for at disse muligvis kunne belyse andre lignende oplevelser

(Moran, 2000; Smith et al., 2022). Man kan derfor kun komme ind til virkeligheden igennem en erfaring eller bevidstheden af denne (Wahlgren, Jacobsen, Kauffmann, Madsen, & Schnack, 2018). For at sætte min forforståelse i parentes har jeg således forsøgt at se bort fra mine antagelser og den teoretiske viden jeg mener at have om emnet og forsøgt at betragte feltet på en åben og nysgerrig måde (Jacobsen et al., 2015). Dette har jeg blandt andet forsøgt igennem beskrivelsesreglen, som siger at man skal beskrive, og ikke forklare eller analysere fænomenet (Deurzen, 2015; Wahlgren et al., 2018). Dette har jeg gjort ved at spørge ind til interviewdeltagernes konkrete oplevelser af fænomenet, herunder eksempelvis deres sansninger og følelser (Jacobsen et al., 2015). Således har jeg forsøgt at opnå et åbent og stort erfaringsmateriale, netop igennem sådanne konkrete beskrivelser, som jeg efterfølgende har kunne forsøge at fortolke i analysen (Wahlgren et al., 2018). I forlængelse heraf beskriver ligeværdighedsreglen, at alle iagttagelser og udtalelser er lige vigtige (Jacobsen et al., 2015; Wahlgren et al., 2018). Dette har jeg i praksis forsøgt at udøve ved ikke at prioritere blandt interviewdeltagerenes beskrivelser og ikke udvælge eller tillægge specifikke dele af beskrivelserne særlig betydning ud fra min egen forforståelse. I stedet har jeg forsøgt at lade empirien tale for sig selv, eksempelvis ved at fokusere på de mønstre som gentog sig i det konkrete interviewmateriale (Jacobsen et al., 2015).

Fænomenologi, hermeneutik og ideografi i nærværende undersøgelse. Et eksempel på, at jeg i overensstemmelse med fænomenologien har forsøgt at sætte min forforståelse og egen oplevelse i parentes var, når jeg under interviewene var opmærksom på at fokusere på det, som informanterne fremhævede, fremfor, hvad jeg selv antog som værende vigtigt (Smith et al., 2022). Dette gjorde jeg eksempelvis ved at bruge deres ord, og blive ved med at spørge ind til flere og mere detaljerede beskrivelser, herunder deres tanker og følelser, om det de beskrev. Derved antog jeg ikke, hvordan de oplevede det, selvom jeg måske selv havde oplevet lignende symptomer, tanker eller følelser. Endvidere var jeg opmærksom på ikke at dele ud af egne erfaringer før eller

under interviewet, da dette kunne risikere at påvirke informanternes måde at fortælle på (Smith et al., 2022).

Hermeneutikken, herunder den hermeneutiske cirkel, ses eksempelvis i min undersøgelse under analyseprocessen. Denne har været gentagende, da jeg har bevæget mig frem og tilbage idet, at jeg har arbejdet med empirien på forskellige måder (Smith et al., 2022). Hermeneutikken ses særligt i de syv analysetrin, som beskrives nedenfor, eksempelvis når små tekststykker fra forskellige steder i interviewet er blevet samlet og fortolket som et samlet tema, eller når jeg er startet med at navngive et tema på en måde, er gået videre i processen, og efterfølgende vendt tilbage og ændret det. I forbindelse med den fortolkende proces er det vigtigt at understrege, at min adgang til oplevelserne netop afhænger af, hvad deltagerne vælger at beskrive og først herfra har jeg kunne fortolke disse beretninger med formålet om at forstå deltagerens oplevelser. Forskerens meningsskabelse i en IPA-undersøgelse bliver derved af anden orden, da jeg kun har adgang til deltagerens oplevelse igennem deltagerens egne beskrivelser. Dette beskrives også som en dobbelt hermeneutik i IPA, da forskeren forsøger at forstå, hvad deltagerne forsøger at forstå (Larkin et al., 2006; Smith et al., 2022).

Ideografien ses i min IPA-undersøgelse på flere niveauer. Først ses det specifikke og ideografiske i forhold til, at jeg har givet plads til at fokusere på detaljerne i hver enkelt interview. Dette har jeg forsøgt at gøre ved at lave en systematisk, grundig og dybdegående analyse af interviewene uafhængigt af hinanden. Derudover er IPA engageret i at forstå, hvordan en bestemt person forsøger at forstå et bestemt fænomen i en bestemt kontekst og ikke at forstå en stor population, som det ses i kvantitativ forskning. Derfor har jeg i overensstemmelse med IPA's anbefalinger haft tre interviewdeltagere, så jeg har haft tid til at udfolde hver enkel interviewpersons temaer og lade dem komme til sin ret, førend jeg lavede temaer på tværs. Derudover har jeg i

analysen forsøgt at inddrage, hvordan hver interviewdeltager oplever det pågældende tema der beskrives (Larkin et al., 2006).

Analysetilgang: IPA's 7 analysetrin

Herunder vil en beskrivelse af specialets anvendte analysetrin finde sted. Med formålet om at skabe transparens vil der løbende gives eksempler på, hvordan IPA-analysetrinene er udført i praksis.

Trin 1: Start med første case: læsning og gennemlæsning

Det første trin i en IPA-analyse involverer, ifølge Smith et al. (2022), en fordybelse af ens originale empiri. I nærværende speciale blev dette gjort ved at høre lydoptagelserne af interviewene, samtidig med at læse de tilhørende transskriptioner. Denne del af analyseprocessen havde til formål at sætte interviewpersonen i fokus for analysen. Sideløbende blev refleksioner nedskrevet i et andet dokument, herunder blandt andet, hvad jeg undrede mig over, hvilke nye spørgsmål der opstod samt metodiske overvejelser og refleksioner. I disse gennemlæsninger var der især fokus på at skabe et overblik over hvert interviews struktur, så jeg kunne få en idé om, hvad der blev talt om i hvilken rækkefølge. Derudover blev særligt rige og detaljerede tekststykker markeret (Smith et al., 2022).

Trin 2: Undersøgende kommentarer

Fokus i andet analysetrin var at gennemgå transskriptionerne og undersøge det semantiske (sproglig betydning) indhold og deltagerens sprogbrug (sprogligt udtryk). Denne detaljerede gennemgang havde til formål at producere udførlige noter og kommentarer til transskriptionerne, der ville hjælpe mig med at identificere, hvordan interviewpersonerne talte om, forstod og tænkte om den givne problemstilling (Smith et al., 2022). For at sikre en systematisk gennemgang af

transskriptionerne, blev disse ”undersøgende kommentarer” nedskrevet i højremargenen af transskriptionen og opdelt i tre kategorier: Beskrivende, sproglige og begyndende-fortolkende kommentarer, som også har forskellige niveauer af fortolkning (Smith et al., 2022) (Tabel 2). De beskrivende kommentarer (Tabel 2, Tabel 3), har et fænomenologisk fokus. Disse vil lægge sig tæt op ad interviewpersonens egen udtrykte eksplicite mening ved at beskrive indholdet af, hvad der er blevet sagt i interviewet. Her noteres de ting, interviewpersonen beskriver som vigtige, eksempelvis oplevelser, begivenheder, forklaringer, relationer, og hvilken betydning disse har for deltageren (Smith et al., 2022). De sproglige kommentarer (Tabel 2, Tabel 3) har fokus på, hvordan deltageren igennem deres anvendte sprog skaber deres livsverden. Her kan eksempelvis grin, stemninger (tempo, tonefald etc.), gentagelser, evaluerende og ladede ord samt metaforer være relevante at notere. Formålet med dette fokus er at fortolke sig frem til den implicite betydning af det informantens siger og undersøge hvordan transskriptionen afspejler indholdet og meningen, der bliver præsenteret. Især metaforer kan være interessante komponenter af analysen, da disse sprogenheder, muligvis kan forbinde de beskrivende noter med de mere fortolkende noter (Smith et al., 2022). De fortolkende kommentarer (Tabel 2, Tabel 3) har et mere spørgende og idégenerende fokus og på denne måde vil analytikerens og dennes forforståelse særligt komme i spil på dette niveau. Eksempelvis noteres nyopståede spørgsmål undervejs ud fra deltagerens udsagn og fokus vil være på deltagerens overordnede forståelse af, hvad der bliver talt om. Endvidere blev der noteret ligheder, forskelle, gentagelser, uddybninger og modsigelser i interviewpersonens beretninger. Denne del af analyseprocessen kan beskrives som en dialog mellem analytikeren og hver linje af transskriptionen. Fortolkningerne der bliver nedskrevet her, vil uundgåeligt blive påvirket af analytikerens egne oplevelser og faglige viden om emnet. Derfor var det vigtigt, hele tiden at vende tilbage til interviewpersonernes ord, beskrivelser og fortællinger og tjekke, hvad der var vigtigt for informanterne. På denne måde opstod der et samspil mellem min egen forforståelse

og de nyopståede forståelser der kom løbende ved at dykke ned i deltagernes livsverdener (Smith et al., 2022).

Disse tre typer kommentarer bliver en måde at arbejde detaljeret med empirien på, ved at man undersøger de forskellige veje der opstår, som centrerer sig omkring mening. På denne måde udvikler analysen sig mod et mere fortolkende niveau (Smith et al., 2022).

Eksempel på undersøgende kommentarer fra trin 2 i IPA-analysen		
Oplevelsesudsagn	Transskriptionen	Undersøgende kommentarer
	<p>F: Mm... altså ikke ud over, at mit følelsesliv er blevet et stort kaos igen, men jeg har ikke... jeg tror ikke, jeg har haft angst (griner). Jeg har lyst til at sige jeg ikke har haft angst (pause). Men altså, hvad var det? 14 dage siden, jeg var ude ved en veninde og fik det lige pludselig fra det ene øjeblik... fik jeg bare virkelig, virkelig dårligt.</p> <p>I: Hvordan dårligt?</p> <p>F: Øh svimmel og kvalme øh, blev utilpas øh... .. og endte også med at kaste op og sagde, "jeg bliver simpelthen dårlig". Og da jeg så kommer... de ender med at køre mig hjem og hele vejen hjem, bliver jeg ved med at undskyldte og blive ved med at sige, at de må ikke tro, at jeg at, at, at det er noget jeg faker. Så jeg undskylder for, hvordan jeg har det og da jeg så kommer hjem og dagen efter og har det bedre, så tænkte jeg det der. Det der mindede simpelthen om et fullblown angstanfald som jeg husker dem.</p> <p>J: Ja?</p> <p>F: Altså fordi hvorfor skulle jeg ellers undskyldte? Og blev ved med at forsikre dem om, at jeg ikke... at det var rigtigt, at jeg havde det sådan. Øhm... ..</p> <p>I: Så ja så, hvad tænkte du, følte du der?</p> <p>F: så hvad, så jamen har det så været angst? Så har der været et eller andet der har triggeret mig, så har jeg ligesom prøvet og analysere mig ud af situationen og sagt, jamen, hvad kunne have frembragt angsten?... .. når jamen jeg sad faktisk og havde en samtale med en veninde omkring min mor... .. åh som begik selvmord, da jeg var 17.</p> <p>I: Okay, det er jeg ked af at høre</p> <p>F: Tak. Øh og det plejede førhen godt at kunne trigge angst. Så jeg tror... jeg tænker, at det kan have været en kobling af forskellige ting, da det som og så, at der har været, har været noget angst ind over.</p>	<p>Hendes følelsesliv er blevet "et stort kaos" igen Hun tror ikke, at hun har haft angst, <i>hun tøver når hun siger det, <u>hvad gør hende i tvivl?</u></i></p> <p>Beskriver en episode hos veninder, hvor hun fik det dårligt: svimmel, kvalme, opkast</p> <p>hun frygter at hendes veninder tænker, at hun "faker det" og undskylder for hvordan hun har det → <u>hvorfor? Hun kan jo ikke styre det</u></p> <p>modsigelse: Beskriver episoden som at "det mindede om et fullblown angstanfald", <u>men har lige sagt ovenover, at hun ikke tror hun har haft angst – måske denne modsigelse er et udtryk for den forvirring hun selv oplever? Altså hvad det var hun oplevede?</u></p>

Tabel 2: Et udklip af trin 2 fra IPA-analysen af Fies interview. I højre margin ses, hvordan jeg har gennemgået alle interviews og skrevet undersøgende kommentarer, herunder beskrivende, sproglige og fortolkende.

Trin 3: Udvikling af oplevelsesudsagn

Efter denne omfattende gennemgang af alle transskriptioner står man tilbage med et omfangsrigt materiale, som i tredje trin skal gennearbejdes igen med formålet om at reducere de undersøgende kommentarer til oplevelsesudsagn. Oplevelsesudsagn er kortfattede fraser, som udvikles ved at identificere de vigtigste dele af de undersøgende kommentarer, samtidig med at kompleksiteten af deltagernes beretninger bibeholdes. Udsagnene, som skrives i venstre margin, skal således hele tiden kunne kobles tilbage til deltagerens oplevelser, og hvordan de forsøger at forstå netop disse oplevelser (Smith et al., 2022) (Tabel 3).

Den hermeneutiske cirkel er i spil her, da hvert afsnit af transskriptionen opdeles og gennemgås enkeltvis, hvorefter disse vil blive samlet på nye måder i de efterfølgende analysetrin. På denne måde påvirker den deskriptive og fortolkende del af analysen gensidigt hinanden, ved at udsagnene reflekterer både deltagernes oprindelige ord samt analytikerens fortolkninger af disse (Smith et al., 2022).

Eksempel på oplevelsesudsagn fra trin 3 i IPA-analysen		
Oplevelsesudsagn	Transskriptionen	Undersøgende kommentarer
Selvbebrejdelse over at være startet på medicin	I: Nej, hvordan var det for dig og læse det i forskningen? B: Ja det åh... så kan man jo slå sig selv i hovedet over, at jeg overhovedet bliver overbevist om at få det her medicin i første omgang.	<i>"man" – afstandtagen? Frustration, skyld, fortrydelse over at være startet på medicinen</i>
Kritik af lægens behandling	I: Okay... B: skulle jeg aldrig have haft... det var total fejlbehandling i virkeligheden.	<i>Kritik af den behandling han fik</i>
Ændret syn på lægen, før stolede han på lægen, men ikke mere	I: ja, og når du siger, du kan du slå dig selv oven i hovedet over at du fik en fejlbehandling. B: Ja fordi jeg ikke selv havde sat mig selv ordentligt ind i det, at jeg i virkeligheden stolede så meget på lægen. Ja, men det er klart, når man sidder der i en vanskelig situation og har brug for noget hjælp, ik'? Så er det ikke lige det første man gør... er at læse forskningsartikler, før man begynder på en eller anden behandling, vel? (griner)	<i>Skyld – "jeg havde ikke selv sat mig ordentligt ind i det" "stolede på lægen" Modsatning: slår sig selv oveni hovedet, men forstår samtidigt godt, hvorfor han ikke undersøgte behandlingen. Hvorfor smågriner han? Synes han det er åndsvagt, at lægerne ikke havde sat sig ind i det? Afmagtsfølelse?</i>
Følelse af at være alene	I: Nej, det er jo nemlig det... fordi jeg ved ikke om du tænker, om man skal kunne stole på lægerne. B: Ja, det burde man kunne. Det gør jeg så ikke så meget mere. Jeg må indrømme, at jeg jo har fundet ud af at lægerne er jo... Ja, jeg ved ikke, hvad jeg skal sige, men altså det jo uddannet til at stikke hånden ned i en medicinklasse, når man kommer til dem, ik'? Det meste af det medicin, de kan tilbyde, det virker jo faktisk ikke. Det virker måske lidt eller måske virker det til ekstreme ting, men det er jo en milliardforretning det der og det er præget af penge og ikke af, hvad der egentlig hjælper. Det er klart noget medicin hjælper mod sukkersyge eller antibiotika og sådan noget. Men der er utrolig meget medicin, som faktisk burde blive forbudt efter min mening, efter jeg selv er endt i det.	<i>Før: Han stolede på lægerne inden hans negative oplevelser med medicinen – "man burde kunne" – det er for dårligt at man ikke kan stole på at de gør deres arbejde ordentligt? Nu: stoler ikke på lægerne → syn på lægerne: det eneste de kan, er at give piller – ikke respekt for det?</i>
Mistro til lægerne		

Tablet 3: Et udklip af trin 3 fra IPA-analysen af Bos interview. I venstre margin ses, hvordan jeg har omdannet de undersøgende kommentarer (til højre) til oplevelsesudsagn.

Trin 4 + 5: Finde sammenhænge mellem oplevelsesudsagn samt videreudvikling af personlige oplevelsestemaer

I fjerde trin var formålet at finde sammenhænge mellem de formulerede oplevelsesudsagn og ud fra disse skabe en struktur, der illustrerede de vigtigste aspekter af deltagernes oplevelser. Det er ikke nødvendigvis alle oplevelsesudsagn, der er relevante, så derfor er det vigtigt at have undersøgelsens forskningsspørgsmål for øje under udvælgelsen. Udsagnene fra hvert interviewene blev hver især printet, klippet ud og blandet, så de lå tilfældigt. Herefter blev forskellige

kombinationer af udsagn afprøvet og gradvist blev der således skabt grupperinger af oplevelsesudsagnene, som havde en indbyrdes sammenhæng (Smith et al., 2022) (Bilag 9).

I trin 5 blev grupperingerne, der havde en sammenhæng, efterfølgende navngivet og udviklet til personlige oplevelsestemaer (Personal Experiential Themes: PETs) (Bilag 10) og samlet i et dokument, for at skabe overblik (Bilag 11, 12, 13). De personlige oplevelsestemaer blev skrevet øverst, efterfulgt af tilhørende undertemaer, som blev opbygget af samlingerne af oplevelsesudsagnene, fra trin 4. Under hvert oplevelsesudsagn er der henvist til et citat fra transskriptionen, der underbygger temaet (Smith et al., 2022) (Bilag 11, 12, 13).

Trin 6: Fortsættelse af analyse af de resterende cases

Næste trin i IPA-analysen er en gentagelse af trin 1-5 på de resterende interviews, så hver interviewtransskription bliver analyseret enkeltvist. I denne del af processen vil analytikeren uundgåeligt være påvirket af de allerede analyserede fund, og derved er analytikerens forforståelse nu ændret. Derfor bliver det særligt vigtigt at følge den ovenstående beskrevne analysetilgang ved hver enkeltstående case, for at imødekomme IPA's ideografiske udgangspunkt. Ved systematisk at følge de fem trin giver man sig selv de bedste muligheder for at være åben for de nye analytiske enheder, der kan opstå i hver enkelt case (Smith et al., 2022).

Trin 7: Udvikling af oplevelsestemaer på gruppeniveau

I det sidste trin i IPA-analysen var målet at lede efter mønstre af ligheder og forskelle imellem alle interviewdeltagernes PETs og oplevelsestemaer, så der kunne blive dannet oplevelsestemaer på gruppeniveau (GETs, Group Experiential Themes) (Tabel 4). I IPA forsøges der ikke at nå frem til en "fælles norm" af oplevelserne, men snarere at belyse de fælles og unikke dele af deltagernes oplevelser på tværs. Der søges at forstå og undersøge, hvor de forskellige cases

nærmer sig og bevæger sig væk fra hinanden (Smith et al., 2022). GETs blev således udviklet ved først at gruppere alle interviewdeltagernes PETs på tværs af casene og navngive disse nye grupperinger. Herefter gennemgik jeg alle de oprindelige oplevelsesudsagn for at skabe undertemaer under hver GET, så det blev demonstreret, hvordan de forskellige deltagers unikke oplevelser kom til udtryk i de fælles overordnede temaer. Under analysearbejdet ved dette trin blev den hermeneutiske proces tydelig, idét at jeg blev nødt til at vende tilbage til de oprindelige oplevelsesudsagn og transskriptionen, og ”bryde” de personlige oplevelsestemaer (PET) op for at danne nye meningsfulde temaer på tværs af alle interviewdeltagerne samtidig med hele tiden at sikre, at temaerne fortsatte med at tage udgangspunkt i deltagernes personlige oplevelser (Smith et al., 2022).

Tabel over fremanalyserede temaer

Nedenfor i Tabel 4, ses de temaer, som der er blevet fremanalyserede og udvalgt til at kunne besvare nærværende speciales forskningsspørgsmål. Hvert overtema er således de oplevelsestemaer, der er fundet på gruppeniveau (GETS), hvor der under disse fremgår undertemaer med tilførende eksempler fra empirien (Smith et al., 2022).

Oplevelsestemaer på gruppeniveau (GETs) fra trin 7 i IPA-analysen	Interview- og linjenr.
<p>1. <u>GET Kroppen som begrænsning</u></p> <p>Ubehagelige fysiske symptomer</p> <p>Bo: <i>jeg har jo utrolig mange symptomer, stadigvæk... men jeg har mange smerter i kroppen over alt</i></p> <p>Aya: <i>Generelt var jeg bare udmattet... udmattelse. Fuld-stændig smadret altså. Det var som om, at der var nogen der slukkede på en kontakt</i></p> <p>Fie: <i>jeg kalder dem ”de fysiske symptomer”, influenzalignende symptomer. Jeg øh... kvalme på fuld hammer og opkast og hovedpine, og (pause). Ja sådan lidt en følelse af at være helt vildt træt</i></p> <p>Forvirrende psykiske symptomer</p> <p>Aya: <i>Der er også prøvet noget sådan angst lignende som jeg aldrig har prøvet før</i></p> <p>Fie: <i>mit følelsesliv er blevet et stort kaos</i></p>	<p>1: l. 300</p> <p>2: l. 135-136</p> <p>3: l. 191-193</p> <p>2: l. 141-142</p> <p>3: l. 229</p>

<p>Bo: Åh altså jeg har jo haft det der angst, ik'? eller sygdomsangst</p> <p>2. <u>GET: Nedtrapningens betydning for hverdagen</u></p> <p>Fie: Jeg, var ked af det og følte... jeg ville bare hjem og ligge i min seng. Det gjorde jeg ikke, jeg blev på arbejde. Jeg fik godt nok en time tidligere fri. Men (pause)...</p> <p>Bo: har haft sværere og sværere ved at passe mit arbejde, så i øjeblikket er jeg nede på arbejde 2 timer om dagen</p> <p>Aya: må sådan virkelig må tage mig sammen og komme afsted på arbejde 2 gange om ugen</p>	<p>1: l. 314</p> <p>3: l. 361-362</p> <p>1: l. 116-117</p> <p>2: l. 248-249</p>
<p>3. <u>GET: Vigtigheden af anerkendelse</u></p> <p>Manglende hjælp fra læger skaber følelser af afmagt og isolation</p> <p>Bo: Åh man får jo lidt lyst til at råbe hele systemet op faktisk</p> <p>Aya: Jeg fik at vide af alle læger og alle psykiatere, jeg mødte undervejs i behandler-systemet, at jeg egentlig bare skulle gå op i dosis</p> <p>Fie: har måtte ringe og tigge og be' en vagtlæge om... som har sendt mig videre til psykiat... over til psykiatrisk afdelingen, og så er man rigtig føler sig rigtig tosset oveni hovedet</p> <p>Et uvurderligt fællesskab</p> <p>Bo: Så man føler det er et fællesskab omkring det her. Så det giver jo noget god støtte undervejs</p> <p>Aya: jeg medlem af de der grupper (..) jeg læser også meget og jeg er i gang med nogle podcasts...</p> <p>4. <u>Get: Nedtrapningens betydning for sociale relationer</u></p> <p>Fie: har kan være svært at være social... ... fordi det er ikke... altså når jeg får det så dårligt, for eksempel var nødt til at blive kørt hjem ude fra min veninde af</p> <p>Aya: Det er også noget nyt, at jeg begyndte at sige nej til nogle sociale ting</p> <p>Bo: Det særligt vigtige for mig, det er mine børn. Ingen tvivl om det</p>	<p>1: l. 194</p> <p>2: l. 279-281</p> <p>3: l. 453-454</p> <p>1: l. 564-565</p> <p>2: l. 73-74</p> <p>3: l. 572-573</p> <p>2: l. 329</p> <p>1: l. 406</p>
<p>5. <u>GET: Uvished skaber ubehag</u></p> <p>Forsøger at finde en forklaring</p> <p>Fie: har jeg ligesom prøvet og analysere mig ud af situationen og sagt, jamen, hvad kunne have frembragt angsten?</p> <p>Bo: brugte meget energi på prøve at finde forklaringer</p> <p>Aya: Jeg har været i tvivl nogle gange, jeg har tænkt jeg må være sindssyg</p> <p>Individets ansvar</p> <p>Aya: så man kan sige, det er min egen viljestyrke der har fået mig hertil, min egen viljestyrke</p> <p>Bo: Men det er måske ovenikøbet det dumme jeg kunne have gjort... og stoppe med en kold tyrker.</p> <p>Fie: de ender med at køre mig hjem og hele vejen hjem, bliver jeg ved med at undskylde og blive ved med at sige, at de må ikke tro, at jeg at, at, at det er noget jeg faker</p> <p>6. <u>GET: Nedtrapningens betydning for forståelsen af selvet</u></p> <p>Bo: sådan set meget anerkendt inde for mit område i form af den stilling jeg har. Og det er ikke noget jeg ville kunne skabe igen andre steder i den alder jeg har nu så...</p> <p>Fie: tror aldrig jeg har levet mit voksenliv uden at skulle huske at tage medicin (pause). Det kunne være rart at prøve...</p> <p>Aya: Det er derfor jeg havde den der drøm om at jeg skal stoppe. Hvem bliver jeg så til?</p>	<p>3: l. 243-244</p> <p>1: l. 442</p> <p>2: l. 643-644</p> <p>2: l. 615</p> <p>1: l. 67-68</p> <p>3: l. 235-236</p> <p>1: l. 411-412</p> <p>3: l. 612-613</p> <p>2: l. 88</p>
<p>7. <u>GET: Mening som drivkraft</u></p> <p>Nedtrapningen som værende meningsfuld</p> <p>Aya: jeg skal jo lige trappe det sidste ud ik'?</p> <p>Fie: Målet er at finde ud af, om jeg kan leve uden</p>	<p>2: l. 401</p> <p>3: l. 513-514</p>

<p>Bo: Der har ikke været noget godt med de piller overhovedet – jeg skulle aldrig have haft dem</p> <p>Bevaring af mening</p> <p>Bo: altså det er jo for mig, eller jeg tror for mange mennesker det er vigtigt at have mening i livet for at have det psykiske godt</p> <p>Fi: Det, der er vigtigt for mig undervejs, det er, at jeg bliver ved med at fastholde, det som jeg kan.</p> <p>8. <u>GET: Nedtrapningens betydning for verdenssynet</u></p> <p>Bo: jeg har så fundet ud af efterfølgende det er faktisk en alt for hurtig udtrapning</p> <p>Aya: Og så fandt jeg ud af at det var fordi jeg trappede for hurtigt ud, men det er først noget jeg kan se nu, efter lang tid altså.</p>	<p>1: l. 519</p> <p>1: l. 395-396</p> <p>3: l. 180-181</p> <p>1: l. 236</p> <p>3: l. 77-79</p>
--	--

Tabel 4: Overblik over oplevelsestemaerne på gruppeniveau, herunder analysens over- og undertemaer samt tilførende citater fra de tre interviewdeltagere.

Præsentation af interviewpersoner

I nedenstående Tabel 5 præsenteres de tre interviewpersoner, som er medvirkende i nærværende undersøgelse. Inkluderet er deltagernes alias, alder, hvilket SSRI-præparat de har været/er på og hvor længe. Derudover beskrives kortfattet, hvor de var i nedtrapningsprocessen på tidspunktet for interviewet og deres nuværende situation.

Igennem analysen vil der blive refereret til de tre informanternes interview på følgende måde: interviewnummeret i parentes, efterfulgt af linjenumre, eksempelvis: (I2, l. 169-172).

Transskriptionerne af interviewene er vedhæftet opgaven, som bilag.

Præsentation af interviewpersoner					
Interviewperson	Alder	SSRI-præparat og længde for brug af denne	Sted i nedtrapningsprocessen	Nuværende situation	Interviewnummer
Bo	55 år	Været på Sertralin i 1 år	Har færdiggjort sin udtrapning.	Deltidssygemeldt i et år fra en forskerstilling.	Interview 1: (I1, l. xx-xx)
Aya	52 år	Været på Citalopram imellem 10-14 år	Har trappet ned fra 20mg og er på tidspunktet af interviewet på 7mg.	Praktikforløb i forbindelse med tilbagevendelse på arbejdsmarkedet.	Interview 2: (I2, l. xx-xx)
Fie	32 år	Været på Sertralin i ca. 10 år	Har trappet ned fra 150mg og er på tidspunktet af interviewet på 75mg.	Under sin første læretid på din uddannelse.	Interview 3: (I3, l. xx-xx)

Tablet 5: Overblik over interviewpersonerne og hvordan der henvises til deres interview i analysen

Analyse

Igennem nedenstående analysen vil temaerne fra Tabel 4 blive opdelt og relateret til Deurzens (2010) teori om den fysiske, sociale, personlige og spirituelle dimension, som blev beskrevet i teoriafsnittet. Her vil det således ses, hvordan der under hver dimension findes to overtemaer, hvoraf det første overtema indeholder to undertemaer (Tabel 4).

Den fysiske dimension

Kroppen som begrænsning

Ubehagelige fysiske symptomer. Alle tre interviewpersoner beskriver adskillige fysiske symptomer, de har oplevet i forbindelse med deres nedtrapning af antidepressiv medicin. Fie

navngiver endda selv disse som ”de fysiske symptomer” (I3, l. 191) og beskriver dem således: ”influenzalignende symptomer (..) kvalme på fuld hammer og opkast og hovedpine, og (pause). Ja sådan lidt en følelse af at være helt vildt træt” (I3, l. 192-193). Aya beskriver ligeledes denne manglende energi som: ”generelt var jeg bare udmattet... udmattelse. Fuldstændig smadret altså. Det var som om, at der var nogen der slukkede på en kontakt” (I2, l. 135-136). Igennem alle tre interviews ses det, at symptomer som træthed, manglende energi og følelsen af udmattethed var noget alle tre informanter beskrev. Udover dette beskriver Bo, at hans mest generende symptomer er forskellige former for smerter:

Ja altså jeg har jo utrolig mange symptomer, stadigvæk... jeg har mange smerter i kroppen over alt. Altså min hjerne brænder og hovedpine konstant. Jeg har utrolig mange muskelsmerter og ledsmerter og maveproblemer og brystmerter og... ja næsten ikke nogen steder, hvor det ikke gør ondt. (..) så føles det som om der er nogen der stikker knive i mig. Ja, åh... ... Ja, brændende, sviende, snurrende. Ja, har også haft jagende smerter. Det er nærmest hele spekteret. (I1, l. 300-306)

Igennem de tre interviews ses det således at Fie, Bo og Aya oplever nogle af de samme fysiske symptomer, eksempelvis ovenstående beskrevne træthed eller smerter, men at disse kommer til udtryk på forskellige måder, opleves i forskellige grader og fylder forskelligt hos dem hver især. Hvor Fie eksempelvis synes, at ”kvalmen den er den værste” (I3, l. 195-196), så beskriver Bo eksempelvis, at det er hans smerter som er mest ”invaliderende” (I1, l. 312). Igennem informanternes sprogbrug bliver det ligeledes tydeligt, hvor voldsomme de fysiske symptomer opleves, eksempelvis når Aya beskriver den ubehagelige fornemmelse i kroppen som ”rigtig ulidelig” (I2, l. 435) eller Fies beskrivelse af sin kvalme, der kommer ”på fuld hammer”. Bo

udtrykker i overensstemmelse hermed: ”symptomerne er jo så kraftige så nogle gange føler jeg, jeg jo nærmest er ved at dø af det. Altså det er uhyggeligt så voldsomt det er” (I1, l. 269-270). Det tyder således på at alle tre deltagere har en oplevelse af deres fysiske symptomer som enormt intense.

Ifølge Deurzen (2010) er det fysiske plan, det mest grundlæggende, da alt andet bygger på det. Når mennesket oplever modstand her, bliver dets fundament usikkert. Dette ses tydeligt hos de tre deltagere, idet de beskriver, hvordan bare dét at være til skaber et enormt ubehag for dem. I den fysiske dimension bliver mennesket guidet af kropslige fornemmelser og sanser, og det er via disse vi vælger, hvordan vi skal agere. Da informanternes kropslige fornemmelser føles negative og voldsomme, ses det hvordan de bliver bange og bliver i tvivl om, hvorvidt de kan stole på deres krops signaler. Især bliver det tydeligt, i Bos tilfælde, at det er så indlejret i ham at finde vejledning og lytte til kroppens signaler, idet at han beskriver, at det føles som om, han er ved at dø. Således møder han også modsætningsforholdet i den fysiske dimension, liv og død, da det store ubehag går ind og truer hans følelse af sikkerhed.

Forvirrende psykiske symptomer. Endvidere bliver det særligt svært for informanterne, jf. Deurzens (2010) teori at navigere efter kroppen, når abstinenssymptomerne manifesterer sig som psykiske symptomer, der opstår uden årsag. Aya og Fie beskriver eksempelvis følelser lige fra angst og depression, til udbrud af gråd samt vrede og irritation. I interviewene udtrykker de, hvordan de nyopståede symptomer føles værre end de symptomer, de oplevede inden de startede medicinen. Aya beskriver eksempelvis følelsen af være depressiv efter hun trappede ned af sin antidepressive medicin således: ”jeg var mega depressiv. Altså virkelig mega... sådan en ubehagelig fornemmelse i kroppen, mathed, tristhed. Dyb tristhed” (I2, l. 435-436). På samme måde beskriver Fie også, hvordan de pludselige opståede følelser mærkes meget intenst: ”så bliver jeg vildt ked af det og føler mig vildt ensom og det næste øjeblik er jeg virkelig glad og græd over en eller anden

Dumlereklame. Altså sådan, er jeg gravid?” (I3, l. 317-318). Sammenligningen af tilstanden med dengang hun var gravid, kan tolkes som, at hun oplevede, at hun ingen kontrol havde over sine følelser ligesom under hendes graviditet, hvor hun blev påvirket af hormoner. Samtidigt beskriver hun en sårbarhed over, at hun ikke forstår, hvorfor hun reagerede som hun gjorde:

Det kan godt være ret overvældende... ... at gå fra det ene øjeblik, at være helt stabilt til lige pludselig at blive sindssyg ked af det over ingenting eller blive virkelig vred (..) Så det er sådan en oplevelse af at være ude af kontrol. (I3, l. 81-84)

Her giver Fie udtryk for, at hun pludselig oplevede voldsomme ukontrollerbare følelsesudsving, som hun ellers ikke har haft i lang tid. På samme måde beskriver Aya en følelse af at være ude af kontrol: ”Jeg havde ikke kontrol over min... kan bare huske, at jeg bare begyndte at græde” (I2, l. 115-116). Selvom Bo ikke i lige så høj grad beskriver psykiske symptomer, så beskriver han en følelse af at være sårbar, som er sammenlignelig med ovenstående: ”Ja så jeg var altså meget... jeg vil ikke sige ustabil, men altså åh skrøbelig på det tidspunkt (..) Jeg var meget grådlabil” (I1, l. 133-134, 138). Udover at de psykiske symptomer føles mere intense for Aya og Fie end de før har oplevet beskriver Aya, at der for hende også er opstået helt nye symptomer:

For første gang i mit liv havde jeg fået noget, der lignede angst, tror jeg. Jeg havde godt nok hørt om det og havde også læst om det og tænkt: “hvordan er det at have angst, ik’?” Indtil jeg mærkede det selv, at det simpelthen... altså hjertet bare hopper ud og man tror faktisk øh... (pause). Det føles hvert fald meget farligt. Jeg kan ikke forklare det. (I2, l. 149-1152)

I citatet virker det til, at Aya ikke helt er klar over om det hun oplevede, var angst, da dette var en ny fornemmelse i hendes krop, som hun ikke kan genkende fra før hun startede på medicinen. Denne forvirring over, hvad hun oplever, bliver ved med at herske hos hende igennem hele interviewet og følelsen af tvivl er ligeledes noget der fylder hos Fie og Bo. På trods af, at Fie eksempelvis før har oplevet angst, oplever hun stadig at være i tvivl om, hvordan hun skal kategorisere det hun oplever. I nedenstående citat forsøger hun at beskrive forskellen på den angst hun oplevede inden hun startede på medicinen, og den angst hun oplever i forbindelse med nedtrapningen:

Ja jeg tror det er på grund af abstinenserne (..) at jeg har fået det, der minder om et angstanfald... ja... ... ja de fysiske tegn på et angstanfald. Ja. Det er dem jeg har mærket, så jeg har ikke mærket de psykiske, altså det psykiske angst. Men jeg har mærket de fysiske symptomer på et angstanfald. Og det kan også være det, der har gjort, at jeg har svært ved at skelne. (I2, l. 299-302)

Hun udtrykker ligeledes en frustration over, at der ikke er overensstemmelse mellem hendes følelser og tanker, og hvad hun ved, der er rigtigt. Dette beskriver hun eksempelvis, når hun føler sig udenfor på sit arbejde, men ved at det ikke er rigtigt. Hun skal derfor blive ved med at spørge sig selv: ”Altså det er ikke noget fakta i det, jeg føler (griner)?.” (I3, l. 373). Således ses det hvordan hun skal blive ved med at minde sig selv om, at der ikke er et problem for hende at tage på arbejde, selvom det føles som om at hendes tanke- og følelsesliv prøver at signalere noget andet.

I disse eksempler ses det, hvordan deltageres psykiske symptomer forvirrer dem, eksempelvis når Aya og Fie får angstsymptomer, som de enten ikke kan genkende, identificere sig med eller få til at give mening. I den fysiske dimension sigter mennesket efter en følelse af

sikkerhed og kontrol (Deurzen, 2010), hvilket er det modsatte af, hvad informanterne oplever. Deres oplevelser af autonomi bliver jf. Deurzen (2010) sat ud af spil, da de ingen kontrol oplever at have over deres symptomer og at de føler sig ude af kontrol. Det ses, hvordan interviewpersonernes kroppe under deres nedtrapning af antidepressiv medicin bliver en forvirrende guide, da der pludselig ikke er overensstemmelse mellem, hvad de mærker, og hvordan virkelighed er. Denne forvirring er med til at deres grundlæggende følelse af sikkerhed bliver truet og de oplever meningsløshed i det, at de ingen kontrol har over, hvad der sker for dem.

Nedtrapningens betydning for hverdagen

I ovenstående beskrivelser, ses det ved både Bo, Fie og Aya hvor voldsomme de oplever at symptomerne er, og hvor forvirrede de bliver, når de ikke ved, hvorfor symptomerne er opstået. Under interviewene bliver det i forlængelse heraf tydeligt, hvor invaliderende symptomerne ligeledes er for de tre voksne hverdag. For Bo opstod disse symptomer, da han startede sin nedtrapning af Sertralin, og han har således haft det som ovenstående beskrivelse lyder i næsten et helt år. Han er derved den af informanterne der har været i sine symptomer længst tid og han beskriver selv at ”man kalder det protracted withdrawal syndrome - altså forlænget abstinenssyndrom” (II, l. 48). Det bliver ikke klart igennem Aya's beretninger, hvor længe hendes abstinenssymptomer har varet, da hun op til syv gange har forsøgt at trappe ned, men er endt med at trappe op i dosis igen, fordi hun fik det for dårligt. På tidspunktet for Fies interview beskriver hun, at hendes symptomer begyndte for nogle uger siden.

Derved befinder de tre informanter sig forskellige steder i deres nedtrapningsproces, men på trods af dette fortæller de alle tre, hvordan de ubehagelige symptomer påvirker deres hverdag. Aya beskriver eksempelvis, hvordan hun anstrenger sig selv for at tage af sted på arbejde, selvom hun har det dårligt: ”det var faktisk en kamp at komme på arbejde (..) Det er det jeg kan se nu, når jeg

kigger tilbage, at jeg kæmpede hver eneste dag...” (I2, l. 438-440). Hun beskriver herefter, hvordan hun følte sig nødsaget til at misbruge koffein- og smertestillende piller for at komme ud ad døren fordi ”ophørsymptomerne har været så slemme” (I2, l. 447-455).

Bos hverdag er ligeledes påvirket i stor grad, og han fortæller, at han har været sygemeldt i otte måneder efter udtrapningen af sin antidepressive medicin, og at han på nuværende tidspunkt stadig er deltidssygemeldt. Her beskriver han, hvordan det føles, når han forsøger at sætte sig til at arbejde:

Det kan jeg sådan set mærke allerede i det øjeblik jeg sætter mig til at arbejde (..) og så begynder det at svimle og smerterne tager til. Og svært for mig at koncentrere mig så dybt, som jeg havde kunnet tidligere. (I1, l. 385-391)

Bos smerter har altså haft den konsekvens, at han nu kun kan arbejde to timer om dagen. Her møder Bo således modstand i den fysiske dimension idet, han bliver begrænset i sin evne til at skabe økonomisk selvforsyning, som Deurzen (2010) beskriver som værende særligt vigtigt i den fysiske dimension. Endvidere medfører begrænsningerne for Bo mange bekymringer, herunder frygt for at miste sit arbejde og hjem (I1, l. 324-326), som han beskriver, i overensstemmelse med Deurzens (2010) teori, er med til at skabe sikkerhed og tryghed.

Således bliver de tre informanter konfronteret med spændingen mellem liv og død, idet at de frygter at deres symptomer er farlige, hvilket jf. Deurzen (2010) er det mest fundamentale af alle spændingsfelter. Dette ses ved at de alle bliver udfordret af deres krops nyopståede begrænsninger, og hvordan manglen på kontrol og følelsen af sikkerhed skaber stor lidelse hos dem alle tre. På trods af at interviewpersoner er forskellige steder i deres nedtrapningsproces, virker de fysiske og

psykiske symptomer, der er opstået i forbindelse hermed, til at have en betydelig negativ effekt på interviewpersonernes fysiske og psykiske velbefindende og i forlængelse heraf også deres hverdag.

Den sociale dimension

Vigtigheden af anerkendelse

Manglende hjælp fra læger skaber følelser af afmagt og isolation. Et tema der går igen hos alle tre interviewpersoner er, hvordan de i forbindelse med deres nedtrapning ikke har fået den hjælp, støtte og anerkendelse fra fagprofessionelle, som de har haft brug for. Især udtrykker Bo og Aya stor frustration over denne manglende hjælp. Aya beskriver eksempelvis, hvordan hendes læger ikke ville lytte til hendes ønske om at trappe ud af medicinen: ”Jeg fik jo ikke rigtigt hjælp. Jeg fik at vide af alle læger og alle psykiatere, jeg mødte undervejs i behandlesystemet, at jeg egentlig bare skulle gå op i dosis. Det har jeg fået at vide hver gang” (I2, l. 479-581). Aya beskriver i dette citat, hvordan hun oplevede, at lægernes eneste løsning på, at hun fik det dårligt, når hun forsøgte at trappe ned, var at trappe op igen, og at hendes ønske om at trappe ud derfor ikke blev taget alvorligt. Det skabte stor frustration og en følelse af afmagt hos hende: ”Det var irriterende og jeg vidste jo ikke, hvordan jeg skulle få det bedre.” (I2, l. 585). Derudover beskriver hun oplevelser, hvor hendes læger brugte en skræmmeretorik til at forklare hende, at medicinen hjalp hende og det kunne være farligt for hende at trappe ud: ”Han sagde, at min depression er meget alvorlig (...). Du kan begå selvmord næste dag”, selvom jeg egentlig ikke var selvmordstruet (...) så blev jeg jo rigtig bange” (I2, l. 587-590). Aya beskriver dog i interviewet, hvordan hun ikke føler medicinen har hjulpet hende, og at hun faktisk havde det allerværst, da hun var på medicinen (I2, l. 726).

I overensstemmelse med Deurzen (2010) teori ses det således, hvordan det medfører stor frustration for Aya, at hendes følelser og ønsker ikke bliver anerkendt. I den sociale dimension længes mennesket grundlæggende efter anerkendelse i mødet med andre mennesker, og manglen på

denne kan være med til at skabe stor lidelse og en følelse af at stå alene, som det netop tyder på at Aya oplever.

Aya oplever således ingen hjælp at få, hvorimod Bo beskriver, hvordan han i retropektiv kan se, at han har fået en forkert vejledning af sin læge i forhold til sin nedtrapning: ”altså under den anden udtrapning, der stoppede jeg med en kold tyrker, fordi det sagde min læge, at det kunne jeg sagtens... fordi der var jeg nede på 25 milligram, hvilket han anså som at være en meget lav dosis” (I1, l. 520-523). Her hentyder Bo altså til, at 25mg ikke er en lav dosis, og at netop dette nedtrapningstrin, skabte voldsomme abstinenssymptomer for ham. Da han efterfølgende forsøgte at søge hjælp, vækkede det stor frustration for ham, at der var uoverensstemmelse mellem, hvad han mærkede og lægernes tilbagemeldinger:

Så det kan godt fylde meget (..) når man har det skidt eller det gør ondt (..) og det eneste lægerne siger er: “jamen dine blodprøver ser fine ud, så du er ikke syg”, når, jeg kan jo mærke jeg er syg ik’? (I1, l. 258-261)

Han beskriver samtidig, hvordan han blev sendt rundt til forskellige læger, men at alle fagprofessionelle han mødte, fralagde sig ansvaret og sendte ham videre, hvilket skabte en følelse af, at de ikke lyttede ordentligt til ham (I1, l. 284-286). Bo beskriver således, hvordan han hverken oplevede at få den rigtige hjælp til selve nedtrapningen, og hvordan han efterfølgende ikke følte sig mødt, taget alvorligt eller lyttet til når han forsøgte at beskrive, hvordan han havde det. På samme måde som for Aya skaber disse oplevelser for Bo følelsen af at være isoleret og alene, som mennesket i den sociale dimension ellers forsøger at undgå. I forlængelse heraf beskriver Deurzen (2010) ligeledes, hvordan menneskets forståelse af verden ændres i mødet med andre. Dette ses hos Bo, idet at hans negative oplevelser har påvirket hans generelle syn på læger: ”det er en oplevelse

af, at lægerne i virkeligheden er ude på herrens mark, når de øh skal behandle folk som mig” (I1, l. 104-106). De negative oplevelser medfører således for Bo en opfattelse af lægerne som inkompetente, hvilket gør at en mistro til lægerne er opstået i ham: ”Kan jeg overhovedet stole på det lægerne siger, mere, når de siger, jeg ikke fejler noget (griner)” (I1, l. 255-256). Følelsen af afmagt skinner igennem, idet Bo flere gang i løbet af interviewet smågriner efter han fortæller om sin oplevelser med forskellige læger. Hans oplevelser af at være alene og isoleret ses endvidere tydeligt, når han siger: ”man kan jo godt sige at systemet svigter én i det her tilfælde. Og lægerne svigter jo også i høj grad fordi de er jo uddannede...” (I1, l. 179-180). Her ses det, hvordan hans forståelse af læger, som værende uddannede og derfor burde kunne hjælpe ham, ikke stemmer overens med det han har oplevet i forbindelse med sin nedtrapning af antidepressiv medicin. Ligesom Deurzen (2010) beskriver det, medfører Bos oplevelser med sundhedsvæsnet således et ændret syn på hans forståelse af verden. Hans forståelse af lægerne og systemet er nu, at de har svigtet ham.

Fie får, modsat de to andre interviewpersoner, god hjælp fra sin psykiater (beskrives yderligere nedenfor), men beskriver samtidig episoder, hvor hendes vagtlæge ikke vil udskrive hendes medicin:

Så har jeg ikke fået bestilt ny recept i weekenden, og så ender jeg på tredje dagen og har måtte ringe og tigge og be' en vagtlæge (..)“Så udskriv dog min medicin” for jeg ved så snart jeg får den, at der går en halv time til en time, så har jeg det godt igen! (I3, l. 452-456)

I citatet kan man nærmest mærke Fies afmagt og frygt for at abstinenssymptomerne kommer, og at hun føler sig underdanig i forhold til at vagtlægen. Selvom hun forsøger at forklare

hendes situation til lægen, beskriver hun, at lægen dertil har svaret: "bare ærgerligt" (I3, l. 485). Fie beskriver hvor frustrerende denne manglende forståelse er, og at hun får: "en følelse af, at de ikke tror på mig eller de tror ikke jeg har det så dårligt eller øh det er din egen skyld eller du skulle bare have husket..." (I3, l. 497). Hun beskriver således her, at hun oplever, at lægerne enten er bebrejdende eller tror, at hun overdriver. Dette fører til en følelse af stigmatisering og derved en følelse af ikke at blive taget alvorligt. I forlængelse heraf beskriver hun episoder, hvor hun er blevet bedt om at tage ud på psykiatrisk skadestue og hente sin medicin, hvilket også får hende til at føle, at hun igen er psykisk syg, selvom hun har haft det mentalt godt rigtig længe (I3, l. 464-465).

I den sociale dimension er vores primære måde at interagere med andre på, ifølge Deurzen (2010), igennem kommunikationen, hvorved ovenstående bliver eksempler på, hvordan de tre informanter ikke oplever at blive lyttet til. Dette fører til følelser af ensomhed samt isolation, da de står alene tilbage i deres lidelse, uden nogen hjælp at hente. Deurzens (2010) beskrivelse af at interaktionen bliver en nødvendighed for overlevelse, er ligeledes i spil hos informanterne, da de i deres kroppe mærker ulidelige symptomer som de forsøger at kommunikere til lægerne, men at de på trods af dette ikke bliver taget alvorligt. Dette medfører følelser af utryghed og i sidste ende en følelse af, at deres sikkerhed bliver truet, da de ikke får den hjælp, de føler og mærker at have brug for.

I Fies tilfælde bliver betydningen af anerkendelse understreget, da hun, modsat oplevelsen med vagtlægen, har et godt forhold til sin psykiater og her føler hun, at hun bliver hjulpet i sin nedtrapning af Sertralin: "jeg har et tæt samarbejde med min psykiater (..) jeg ved, at jeg kan ringe til hende, hvis der er et eller andet" (I3, l. 510-12). Fie beskriver her, at hun få den hjælp og anerkendelse hos sin psykiater, som de to andre længes efter og det virker til at påvirke hele hendes nedtrappingsoplevelse positivt. Endvidere anvender hun ordet "vi" igennem hele hendes interview,

når hun fortæller om hendes samarbejde med psykiateren: ”hvad gør vi så, når nu jeg mærker det så voldsomt, som jeg gør? (..) så holder vi pause (..) så bliver vi på de 50 og ser om det stabiliserer” (I3, l. 153-156). Dette understreger, at Fie ikke oplever at have ansvaret for sin nedtrapning selv og at psykiaterens ord giver hende trøst og håb for, at hendes abstinensstilstand vil stabiliseres på et tidspunkt inden for den nærmeste fremtid.

Det virker således til at have stor positiv betydning for Fie, at hun kan få den hjælp, hun har brug for hos sin psykiater. Ifølge Deurzens (2010) teori om den sociale dimension er det netop igennem kommunikation, at man kan udtrykke følelser. Den gode kommunikation imellem Fie og hendes psykiater, kan på denne måde være med til at skabe en følelse af samarbejde, som gør, at Fie ikke føler sig alene. Endvidere virker det til at give hende en følelse af trykthed og sikkerhed i hendes ellers udfordrende nedtrappingsproces.

Et uvurderligt fællesskab. For Aya og Bo har deres møde med sundhedssystemet og de pågældende læger gjort, at de har været nødsaget til at søge hjælp og støtte andre steder. Aya beskriver blandt andet, hvordan hun ved at være medlem af nogle Facebookgrupper igen har fået et håb for, at hendes nedtrapning nu kan lykkes: ”Fordi nu er jeg medlem af de der grupper (..) så jeg er på vej til, at den her gang skal det bare lykkes” (I2, l. 73-75). På samme måde beskriver Bo, hvordan ”en international gruppe med folk der prøver at trappe ud af Sertralin” (I1, l. 537) har hjulpet ham meget. Her har han kunne læse om andre menneskers erfaringer samt problemer med antidepressiv medicin og nedtrapning af samme. Endvidere fortæller han om, hvordan han også har stor gavn af en støttegruppe, som organisationen MedicinRådgivningen har startet:

Ja altså det er jo en hjælp på den måde, at vi bakker hinanden op og i at det nok skal blive godt igen. (..) så man føler det er et fællesskab omkring det her. Så det giver jo noget god støtte undervejs. (I1, l. 557-565)

Igennem denne støttegruppe, beskriver Bo, hvordan det er rart at få tilsendt opmuntrende og kærlige ord, på en dårlig dag, hvilket er med til at skabe et håb for, at hans tilstand vil blive bedre. Endvidere beskriver han, hvordan det har skabt en ro for ham at kunne spejle sig i andre med samme eller lignende oplevelser (I1, l. 543-544).

Således virker det til at have haft stor betydning for både Aya og Bo at finde ud af, at de ikke er de eneste, som har oplevet ubehagelige symptomer i forbindelse med deres nedtrapning af antidepressiv medicin. Bo og Aya søger efter hjælp uden for det etablerede sundhedsvæsen et eksempel på, hvordan mennesket ifølge Deurzen (2010) søger mod og væk fra andre for at beskytte os selv. I Bo og Aya's tilfælde søger de eksempelvis væk og afskærer sig fra de relationer, som i dette tilfælde er de sundhedsprofessionelle, der opleves skadelige for dem, samtidigt med at de søger mod relationer, de andre voksne i støttegrupperne, som gavner dem. De finder mening i den sociale dimension, idet at de har fundet et sted, hvor de er blevet mødt og anerkendt, hvilket har givet dem begge et håb for fremtiden og en følelse af at høre til. Sidstnævnte er netop det vi ifølge Deurzen (2010) længes efter at opnå i denne dimension.

Nedtrapningens betydning for sociale relationer

Generelt beskriver alle tre informanter enten, hvordan de antidepressive abstinenssymptomer allerede har påvirket eller at de frygter, at de vil påvirke deres sociale relationer samt deres deltagelse i sociale aktiviteter. Aya beskriver i denne sammenhæng, hvordan hun efter, at hun påbegyndte sin nedtrapning, begyndte at få social angst: ”Jeg har aldrig

været social angst, men inden for de sidste 2 år, er jeg begyndt at føle det der med... (..) havde ikke lyst til at gå ud blandt mange mennesker" (I2, l. 318-329). Symptomerne har således for Aya betydet, at hun har trukket sig og er begyndt at sige nej til sociale arrangementer, som hun ellers før deltog i uden problemer. Bo har på samme måde været nødt til at trække sig fra sit arbejde og fra sin venner og familie: "det har ændret mit arbejdsliv (..) og selvfølgelig også sociale relationer, fordi det, det er meget sværere for mig at komme ud og åh være sammen med mine venner og familie" (I1, l. 512-513). Derudover har det for Bo også haft den konsekvens at hans romantiske forhold er gået i stykker (I1, l. 337).

Fie beskriver, at hun endnu ikke har oplevet at abstinens tilstanden har påvirket hendes tætte relationer, men at hun frygter at det vil ske, hvis symptomerne fortsætter (I3, l. 392-396). Hun beskriver samtidig situationer, hvor hendes humørsvingninger er gået ud over hendes søster og børn, eksempelvis ved at hun bliver "vred over meget små ting" (I3, l. 315), og at hun har mindre overskud til sine børn. Hun udtrykker i denne sammenhæng en bekymring for, hvordan disse følelsesudbrud påvirker dem og er bange for at hendes søn frygter: "er mor nu den samme, som hun var før?" (I3, l. 407-408). Bo giver på samme måde udtryk for en bekymring for, hvordan hans tilstand påvirker hans børn: "det er ikke særlig sjovt... nej... det er ikke det jeg ønsker for dem" (I1, l. 355-357). Det ses således her, hvordan både Fie og Bo bekymrer sig om og frygter, at deres lidelse på samme måde bliver deres børn lidelse.

De beskriver dog samtidigt, hvordan de begge igennem kommunikation med deres børn forsøger at forklarer dem, hvad der foregår, så de ikke bliver bange. Bo beskriver det på denne måde:

Altså jeg kan fortælle dem åbent om, hvad det drejer sig om og siger til dem, at det ikke er deres skyld... ... ja at det skyldes de piller her og det forhåbentlig går over igen en gang, men det tager lang tid, ik'?' (I3, l. 357-360)

Her ses det, hvordan Bo forsøger at videregiver det håb og den trøst til sine børn, som han har fået igennem sin støttegruppe. I disse eksempler, ses det således hvor stor en betydning abstinenssymptomerne har for både Aya, Bo og Fies sociale liv, men at de igennem åben og ærlig kommunikation, er med til at sikre, at der, ikke bliver skabt en afstand mellem dem og deres tætteste relationer på trods af, at tilstanden uundgåeligt vil påvirke disse. I relation til Deurzen (2010) vil denne stræben efter tæthed med dem de elsker ligeledes være den måde interviewdeltagerne forsøger at opnå og bevare mening på i denne dimension, netop i forsøget på at sikre, at de ikke står alene og isoleret tilbage i deres lidelse.

Den personlige dimension

Uvished skaber ubehag

Forsøger at finde en forklaring. I forlængelse af temaerne i den fysiske dimension, hvor deltagerne beskriver, hvor frustrerende det er ikke at forstå deres symptomer, ses det hos både Bo, Fie og Aya, at deres reaktion på denne uvished bliver at lede efter en forklaring på, hvorfor symptomerne er opstået, og hvad de betyder.

Fie beskriver eksempelvis en episode hos en veninde, hvor hun pludselig får det dårligt, men ikke ved hvorfor. Hun forsøger at lede efter en forklaring og tror først det er madforgiftning, hvorefter hun dog senere på aftenen bliver i tvivl om, hvorvidt det måske var et angstanfald: ”jamen har det så været angst? Så har der været et eller andet der har trigget mig, så har jeg ligesom prøvet og analysere mig ud af situationen og sagt, jamen, hvad kunne have frembragt angsten?” (I3, l. 243-

244). Fie oplever således i denne episode, at hun pludselig får, hvad der minder om angstsymptomer, men hun kan ikke få det til at give mening, da hun ikke havde det psykisk dårligt inden angstanfaldet kom. Derfor ender hun med at efterrationalisere og analysere hendes reaktion for at identificere årsagen. Hun beskriver hvordan, det bliver ubehageligt for hende, fordi hun ikke kan placere oplevelsen et sted, hvor det giver mening for hende (I3, l. 278-282). I dette eksempel ses det i overensstemmelse med Deurzens (2010) teori om den personlige dimension, hvordan Fie igennem sine tanker og indre dialog forsøger at forstå, hvad hun oplever i sin krop, og hvor meget uro og lidelse det skaber for hende, når hun ikke kan finde en forklaring, der giver mening for hende. Fie oplever denne tvivl om, hvad symptomerne betyder på trods af, at hendes psykiater har fortalt hende om risikoen for ophørssymptomer. Dette kunne tyde på, at symptomerne opleves som meget intense i forhold til det som psykiateren har oplyst.

Søgen efter forklaringer på, hvorfor symptomerne er opstået, og hvad de betyder, er ligeledes noget som påvirker Aya og Bo. Bo udtrykker eksempelvis stor frustration over, ikke at kunne få svar og beskriver, hvordan han reagerer på uvisheden:

Ja altså, når man har det skidt og ikke kender årsagen så... ... Det er jo i hvert fald en meget vigtig ingrediens til at udvikle sygdomsangst kan man sige.. fordi så vil jeg gerne finde ud af, hvad jeg fejler (..) så begynder jeg at undersøge, jamen hvad kan der så være galt (smågriner)? (..) Åh det er sådan en overlevelsesmekanisme, tænker jeg. (I1, l. 251-255 + 292)

Tvivlen om og frygten for, hvad symptomerne betyder, fylder således i så stor grad hos Bo, at han udvikler sygdomsangst og i forlængelse heraf også dødsangst (I1, l. 265). Dette gør, at han desperat forsøger at finde en forklaring på, hvad han fejler. Deurzen (2010) beskriver, hvordan

mennesket i den personlige dimension vurderer dets styrker og svagheder, hvilket i dette eksempel bliver tydeligt hvordan Bo ser sig selv som ”én, der undersøger alt muligt” (I1, l. 199), og hvordan han tænker, at dette er en styrke, som hjælper ham med at overleve. Dog kan det argumenteres at denne analyserende måde at være i verden på, for en periode har gjort det meget lidelsesfuldt for ham at være til, idet at hans tanker har været medskabende til den sygdomsangst som han ligeledes beskriver. Således bliver hans styrke på samme tid hans svaghed, hvilket er et eksempel på, hvordan Deurzen (2010) beskriver det menneskelige sind som modsætningsfyldt og komplekst.

Individets ansvar. I forlængelse heraf kan det argumenteres, at informanterne i denne sammenhæng afspejler Deurzens (2010) beskrivelse af ansvar, og hvordan det lykkedes for eksempelvis Bo og Aya at anvende deres personlige styrke, som ”nogle der undersøger ting”, til at finde svar på deres symptomer. Aya beskriver eksempelvis: ”jeg er i gang med nogle podcasts og (..) læste rigtig meget (..) og jeg kunne kende mange af de symptomer...” (I2, l. 74 + 237-239). Her beskriver Aya således, hvordan hun selv ved at læse på internettet er nået frem til en forståelse af, at hendes symptomer er abstinenssymptomer, da hun kunne genkende beskrivelser, som hun har fundet på internettet. Det har resulteret i, at Aya selv har taget styring på sin nedtrapning og nu trapper ned uden hjælp fra en læge (I2, l. 64-72).

På samme måde bliver det tydeligt igennem Bos interview, hvordan han også har været nødsaget til at tage ansvar for sin egen situation og selv finde svar igennem Facebookgrupper, MedicinRådgivningen og ved at læse forskningsartikler. Han er ligeledes kommet frem til samme konklusion som Aya og beskriver igennem hele interviewet mange af de ting, han har lært om antidepressive abstinenssymptomer (I1, l. 48, 56, 140-147). Da han i interviewet bliver spurgt til, hvad det gør ved ham, at han nu har den information, siger han:

Ja, man får lyst til at lave det om ik'? altså og hjælpe alle de andre mennesker som ikke skal havne i den samme situation. Nu er jeg blevet så meget klogere (..). åh så man får jo lyst til ligesom at ændre systemet. (I3, l.198-200)

Deurzens beskrivelse af, hvordan det skaber lidelse hos mennesket, hvis det forsøger at tage ansvar for noget det ikke har ansvaret for afspejles i Bos fortælling. Bo beskriver her, hvordan han, efter at have tillært sig al denne viden om abstinenssymptomer, står tilbage med et ønske om at udbrede hans nye viden og hjælpe andre. Dog fører det samtidigt til en følelse af magtesløshed, da han ved, at han ikke kan ændre systemet ene mand. Bo oplever således en form for personligt ansvar, idet at systemet, der burde tage ansvar for denne problemstilling, svigter ham og lader ham stå alene tilbage.

Nedtrapningens betydning for forståelsen af selvet

På trods af, at alle tre interviewpersoner har fundet årsagen til symptomerne, har udfordringerne ved deres nedtrapningsproces alligevel haft konsekvenser for, hvordan de ser og forstår dem selv som individer. For Fie og Aya har abstinenssymptomerne skabt meget ubehag, fordi de frygter, hvad symptomerne betyder. Hos Aya ses det, hvordan der opstår en indre dialog i hende om, hvorvidt symptomerne betyder, at hun stadig er depressiv (I2, l. 116-120). I overensstemmelse med dette beskriver Fie:

Det er vildt frustrerende. Det er vildt ubehageligt (..) det også alle de, de negative tanker, jeg kan få omkring mig selv i det (..) sådan noget med at, at jeg øh jo ikke har det godt nok til at kunne det her [trappe ud] og... ... øh nu er der ikke nogen, der gider at være venner med mig

mere, hvis jeg skal til at være tosset igen og... og hvad så? Kan jeg så ikke... mine børn. (I3, l. 328-334)

Fie fortæller her, hvordan hun frygter at symptomerne betyder, at hun er ved at få et tilbagefald, og at hun derfor tvivler på, om hun er klar til at trappe ud af sin medicin. Samtidigt fylder frygten for, at det vil gå ud over hendes relationer. Dette påvirker således hendes selvforståelse, og hun begynder at sætte spørgsmålstejn ved, om det nu er rigtigt, at hun ikke behøver sin medicin, hvilket endvidere udvikler sig til ”sådan nogle selvbebrejdende-agtige tanker” (I3, l. 334). I den personlige dimension beskriver Deurzen (2010), hvordan udviklingen af selvet ændres eller ødelægges af livsomstændigheder. Dette afspejles i ovenstående eksempel, hvor Fie og Aya på grund af abstinenserne bliver i tvivl om, hvorvidt deres forståelser af dem selv, som værende klar til at leve uden deres medicin er rigtig. Dette fører til, at Fie ser sig selv i et negativt lys og som ikke værende god nok. Følelser af tvivl og forvirring hos både Aya og Fie opstår således, da der er uoverensstemmelse mellem deres forståelse af dem selv og det de mærker i deres kroppe. Jf. Deurzen (2010) forsøger kvinderne netop igennem selvrefleksion at skabe en forståelse af dem selv. Eksempelvis er Fie påbegyndt nedtrapningen, da hun føler sig klar til at leve uden sin medicin, men abstinenssymptomerne går ind og forstyrrer denne forståelse af hende selv og skaber således en tvivl om, hvorvidt hun mon er psykisk rask. Fie deler i denne sammenhæng nogle refleksioner om, at hun på trods af at have oplevet god gavn af medicinen samtidigt føler sig fanget på den:

Jeg har været på det medicin i 10 år (pause). Altså været... fængslet til at skulle huske at tage det og købe det (..) Og ej jeg har... tror aldrig jeg har levet mit voksenliv uden at skulle huske at tage medicin (pause). Det kunne være rart at prøve. (I3, l. 610-613)

Hun beskriver altså her, hvordan hun har et ønske om at leve uden sin medicin og beskriver endvidere, at det føles som en sejr for hende, at det er lykkedes hende at trappe 75mg ned: ”Jeg behøvede ikke de 150, som jeg tænkte jeg ikke behøvede. (..) ... altså at jeg havde ret. Jeg kender mig selv så godt nok nu, til at vide, hvem jeg er” (I3, l. 606-608). Det virker altså til at have påvirket hendes selvbillede positivt, at hun er lykkedes med at trappe 75mg ned i dosis: ”måske det ville give mig sådan.... (pause) (..) jeg har fået bearbejdet de udfordringer, jeg havde, og derfor nu kan klare mig selv” (I3, l. 616-618). Det tyder derved på, at Fie til dels oplever, at medicinen er med til at fastholde hende i en forståelse af sig selv som værende syg, og at det kan tolkes som, at hun vil opleve en større følelse af autonomi, hvis hun ikke behøver sin medicin længere. For Fie kan et liv uden medicin endvidere være med til at bidrage til en anerkendelse af, at hun har taget ansvar, ved at arbejde med sig selv og de udfordringer hun har haft. I forlængelse af dette udtrykker Aya, at hun på trods af abstinenssymptomerne og frygten for tilbagefald samtidig oplever, at nedtrapningen har gjort, at hun begynder at kunne genkende sig selv igen, hvilket skaber håb for, hvem hun så kan blive til, når hun er færdig med sin nedtrapning (I2, l. 88). Det ses således her hvordan kvinderne, i overensstemmelse med Deurzens (2010) teori, via selvreflektion er ved at finde ind til, hvem de er uden deres medicin. Ud fra deres beskrivelser tyder det på, at de er ved at skabe en positiv og fleksibel selvopfattelse, som af Deurzen (2010) beskrives som en tro på, at de kan håndtere og overvinde de vanskeligheder de vil møde i livet også uden deres antidepressive medicin.

Da Bo er færdig med sin udtrapning af antidepressiv medicin, er det selve abstinenssymptomerne, og deres påvirkning af hans hverdag og hvad han ikke kan længere, der har haft en betydning for, hvordan han ser sig selv nu. I overensstemmelse med hans bekymringer om at miste sit job, udtrykker han ligeledes, hvordan han vil opleve det som et enormt tab for ham personligt, hvis han mister sit arbejde:

Det er jo et specielt arbejde, jeg har, det er jo noget, jeg selv har skabt over mange år. (..) har bygget en stor forskningsgruppe op, øhm... .. Så jeg er jo meget specialiseret også og... .. sådan set meget anerkendt inde for mit område i form af den stilling jeg har. Og det er ikke noget jeg ville kunne skabe igen andre steder i den alder jeg har nu så... så det er jo noget for mig en unikt, som jeg har fra mit arbejde... .. Som jeg jo drømmer om at komme tilbage til og passe ik'. (I1, l. 410-414)

Ifølge Deurzen (2010) vil der ofte ske det, at menneskets arbejde udvikler sig til at være mere end blot et middel til at forsøge sig selv og sin familie, som ellers er et af hovedformålene i den fysiske dimension. Arbejdet får pludselig også en betydning i den sociale og personlige dimension idet, at der gives plads til aspekter som eksempelvis social dominans og personlig præstation (Deurzen, 2010). I ovenstående eksempel ses det tydeligt, hvordan Bo ikke kun ser sit job som et middel til at forsøge sig selv og sine børn men netop, hvordan hans præstationer igennem sit arbejde har udviklet sig til at blive en del af hans identitet og selvbillede. Grundet abstinenssymptomerne frygter han nu, at han kommer til at miste alt det han har opbygget igennem sit arbejdsliv, og som i værste fald kan resultere i en følelse af tab af arbejdsliv og -identitet. I overensstemmelse med frustrationen over ikke at kunne det han kunne før, beskriver Bo sig selv, før han oplevede abstinenssymptomer som ”supermand” (I1, l. 343). Brugen af denne ”supermand”-metafor, kan tolkes som en måde, hvorpå han overdriver beskrivelsen af hans kræfter og evner før abstinenssymptomer forekom, for netop at understrege hvor svag han føler sig nu. Jf. Deurzen (2010) er Bos selvopfattelse således blevet ødelagt af de livsomstændigheder (abstinenssymptomerne) han oplever nu, hvilket tvinger ham til at finde sig selv på ny, idet at der på

nuværende tidspunkt for ham er stor uoverensstemmelse mellem hans ønsker for livet og de ressourcer han har.

Den spirituelle dimension

Mening som drivkraft

Nedtrapningen som værende meningsfuld. I tråd med ovenstående, hvor Aya og Fie beskriver et ønske om at finde ud af, hvem de er uden deres medicinen, udtrykker alle tre informanter netop et stort ønske om at trappe ud af eller ned i deres antidepressive medicin. For alle tre deltagere virker det meningsløst for dem at være på noget medicin, som ikke hjælper dem. Bo beskriver eksempelvis, hvordan medicinen ikke har gjort noget godt for ham, herunder ikke har hjulpet ham og bare skabt en masse bivirkninger (I1, l. 124-126). Aya oplever på samme måde ikke gavn af medicinen og beskriver flere gange i løbet af interviewet den indre modstand hun har mod at tage pillerne: ”Kunne de [pillerne] så overhovedet hjælpe mig, når jeg havde så meget modstand. Jeg føler jo ikke at det hjalp (..) jeg er stadig på det, fordi jeg er bange for at få en alvorlig nedtur”. Aya beskriver således, at hun kun tager pillerne, fordi hun ikke kan stoppe uden at få det dårligt. Det tyder derved på, at hun ligesom Fie, føler sig fanget på pillerne, da hun ikke kan fuldføre nedtrapningen, og derved ikke opnår det hun synes er meningsfuldt. Modsat Bo og Aya, beskriver Fie, at hun har oplevet god gavn af medicinen, men alligevel nu ikke kan se meningen i at tage medicinen, hvis hun ikke længere har brug for den: ”Jamen for mig er det [nedtrapningen] vigtigt, fordi at jeg nu i 3 år, tror jeg, ikke har mærket angst og jeg fik medicinen for angst” (I3, l. 445-446). På denne måde bliver de tre interviewpersonernes oplevelse af fraværet af meningen ved at tage medicinen en motivation for dem til at trappe ud af medicinen. I Fies eksempel bliver det særlig tydeligt, hvor meningsfuld nedtrapningen er for hende, idét at hun vælger at trappe ud på trods af, at hun forinden kendte til risikoen for abstinenssymptomer. Dette er i overensstemmelse med

Deurzens (2010) beskrivelser af, at vores værdier motiverer vores handlinger, således at hvis noget er meningsfuldt for én, vil man opgive andre ting for at opnå det. For de tre deltagere bliver nedtrapningen så meningsfuldt for dem, at de er villige til at opgive følelsen af velvære som endvidere påvirker adskillelige andre ting i deres liv, herunder deres sociale relationer og arbejde, for at lykkes med deres nedtrapning.

Bevaring af mening. På samme måde som at mening bliver drivkraften bag valget om at nedtrappe for de tre deltagere, er det deltagernes fastholdelse af meningsfulde aktiviteter, som gør, at de kan komme igennem deres hverdag på trods af de ubehagelige abstinenssymptomer. De nævner alle tre, hvordan det er vigtigt for dem at fastholde deres daglige rutiner, og at det hjælper dem igennem ubehaget. Fie beskriver eksempelvis:

Det, der er vigtigt for mig undervejs, det er, at jeg bliver ved med at fastholde, det som jeg kan. At jeg bliver ved med at tage på arbejde, og jeg bliver ved med at lave de sociale ting, som jeg hele tiden har gjort (..) jeg bliver ligesom nødt til at holde fast i de ting, der er godt for mig. (I3, l. 180-187)

På samme måde fortæller Bo, hvordan han på trods af sine smerte fortsætter med at arbejde, da det kan distrahere ham en smule fra symptomerne:

Ja... det [abstinenserne] kan jeg sådan set mærke allerede i det øjeblik jeg sætter mig til at arbejde, men jeg gør det jo alligevel (pause) ja ja, og så kan det... nogle gange kan det hjælpe at få tankerne lidt væk fra alle smerter også. (I1, l. 385-387)

På denne måde tyder det på, at det hjælper interviewdeltagerne at fastholde så mange ting i deres hverdag, som de har mulighed for på trods af abstinenssymptomerne. Bo beskriver det eksplicit sådan: ”Jeg synes det er vigtigt for mig stadigvæk at have noget indhold og meningen i mit liv, så... så jeg gør alt jeg kan for at bevare det, jeg kan ik’?” (I1, l. 387-388). Bo beskriver i forlængelse af dette, hvordan det har været svært for ham at nå til dette punkt, men at han nu ved, at det er vigtigt for ham at bibeholde mening i sit liv og i sin hverdag. Dette virker til at være lykkedes for ham, når han beskriver: ”Helt grundlæggende har jeg skåret ned til det mest grundlæggende i mit liv” (I1, l. 619-622). I interviewet ses det, hvordan hans børn og dét at tage sig af dem, bliver en drivkraft for ham, hvilket hjælper ham, med at holde sig i gang på trods af, at han har det dårligt: ”Det betyder uendelig meget for mig at være der for dem så... uanset hvordan jeg har det, så kæmper jeg mig igennem hver dag og giver dem det, de skal have... Altså både mad og omsorg og tryghed” (I1, l. 352-354). For Bo er det således vigtigt for ham at være en god far, og dette skaber en motivation for ham til at kunne fortsætte med at leve, selvom hver dag er en kamp for ham at komme igennem. Dette er i overensstemmelse med når Deurzen (2010) beskriver, hvordan kriser kan medvirke, at man er nødsaget til at ”skære helt ind til benet” af ens liv og vælge, hvad man vil prioritere sine knappe ressourcer på.

Nedtrapningens betydning for verdenssynet

Igennem de tre deltagers interviews er en gennemgående problemstilling, hvordan manglen på forståelse af, hvorfor deres symptomer er opstået, skaber uro og lidelse for dem. Dette kan relateres til Deurzens (2010) teori om, hvordan vi skaber vores livsverden, og hvordan deltagernes forsøger at organisere deres oplevelser på hvert eksistensniveau til en samlet forståelse af, hvad de oplever. Igennem interviewet viser det sig, hvordan deltagerne bevæger sig fra følelser af forvirring

og håbløshed, når de ikke forstår deres symptomer, til følelser af håb og en større ro, når de finder ud, hvorfor de har det, som de har det.

Fie beskriver eksempelvis, hvordan det har hjulpet hende, at hendes psykiater har fortalt hende om risikoen for abstinenssymptomer, og forklaret hende, hvorfor symptomerne opstår, og at det er forventeligt, at Fies krop over tid vil stabilisere sig af sig selv (I3, l. 155-156). Igennem Fies beskrivelser får vi en forståelse af, hvad psykiateren har forklaret Fie og derved, hvordan Fie forstår de ubehagelige symptomer:

Hun siger at, øh det er medicinen, altså det er... at det er ikke min underliggende sygdom, for den er der styr på (..) det er ikke den der blusser op. Det er simpelthen fordi, jeg mangler det stof, fordi vi tager det væk fra mig nu. (I3, l. 170-173)

Det bliver her tydeligt, hvor stor en betydning det har for Fie at kende årsagen til de ellers uforståelige symptomer. Hun udtrykker endda eksplicit den positive effekt det har på hende:

Det er rart (..) fordi så har jeg ikke en følelse af, at jeg er ved at vende tilbage til at blive hende den tosset igen (griner). Så er jeg godt klar over, at det her det bare er en fase, og at min krop er i stand til at kunne reparere det helt af sig selv igen. (I3, l. 175-180)

Selvom der for Fie midt i abstinensreaktionerne kan opstå frygt for, hvad symptomerne betyder, ses det alligevel, hvordan denne viden er med til at berolige hende. Jf. Deurzen (2010) skabes Fies verdenssyn af de overbevisninger hun har, hvilket i dette tilfælde er, at abstinenserne opstår, fordi hendes krop ikke har vænnet sig til den mindre dosis medicin hun tager nu og altså ikke fordi hun er ved at få et tilbagefald.

Modsat Fie har Bo og Aya selv fundet frem til, at deres symptomer er opstået på grund af en for hurtig nedtrapning af deres antidepressive medicin. Igennem deres interviews ses det ligeledes, hvordan visheden om, hvad deres abstinenser betyder, har hjulpet dem. Bo beskriver det således:

Altså det betyder jo utrolig meget i forhold til min sygdomsangst... fordi jeg jo (..) brugte meget energi på at prøve at finde forklaringer (..). Og det gav jo mig ligesom sådan en lettelse (..) at få en forklaring. Ja, som gjorde at jeg kunne slappe meget mere af” (I1, l. 441-450)

Bo pointerer således, hvordan han ville have sparet en masse ressourcer og lidelse, hvis en læge kunne have givet ham afklaring med det samme: ”Det ville have hjulpet mig utrolig meget, hvis lægen fra starten af, havde sagt “det her (..) det kender jeg godt. Det er et udtrapningssyndrom og det er velkendt”” (I1, l. 483-484).

I Bo og Ayas interview, ses det, hvordan de igennem den spirituelle dimension, har organiseret deres oplevelser på de andre eksistensniveauer og hvordan de på egen hånd er kommet frem til at deres symptomer må være abstinenssymptomer. Denne nye viden og forståelse af deres symptomer påvirker, i overensstemmelse med Deurzen (2010), endvidere deres tilgang til og forståelse af livet, hvilket medfører, at de nu forsøger at give deres kroppe de bedste muligheder for at hele. Dette afspejles når Bo eksempelvis siger:

Jeg skal gøre alt, hvad man kan, for min krop kan reparere sig selv. Tesen er jo, at der er sket den her ubalance i min hjerne... (..) så håber jeg bare på at ja... ved at leve så sundt som muligt, at det kan hele sig så meget muligt” (I1, l. 429-433).

Efter at Bo har fået en forklaring på sine symptomer som giver mening for ham, begynder han således at kunne tilrettelægge sit liv med aktiviteter, som kan være med til at hjælpe og styrke hans krop. Samme holistiske tilgang har Aya fundet hjælpsom og udover at dyrke motion fortæller hun:

I dag er jeg ved at hele mig selv ved at spise sundere kost. Øhm... Det lyder mærkeligt, det er ikke sådan noget hokusfokus, men men jeg har jo ikke troet på alle de ting, fordi jeg troede jeg skulle tage en pille. (I2, l. 763-764)

Hun beskriver således i sit interview, hvordan hendes forståelse af livet har ændret sig fra først at tro på, at det var en pille, der skulle hjælpe hende til, at hun nu tænker: ” idag har jeg bare accepteret, at der er sådan nogle nedture eller dyk i mit humør. Eller at jeg ikke har det godt... (pause) men det behøver jeg ikke piller for i dag”. Således finder Aya styrke igennem accepten af at det er naturligt at livet går op og ned, og denne erfaring gør, at hun nu forstår verden anderledes og ikke føler et behov for at tage medicin på grund af dette.

Interviewdeltagernes nye viden og egne erfaringer bliver således grobund for deres forståelse af verden, og i overensstemmelse med Deurzens (2010) teori, er dette med til at skabe og udvikle informanternes nye verdenssyn, hvilket endvidere tyder på at give dem håb for fremtiden.

Analyseopsamling

I de tre interviewpersoners beskrivelser, af de udfordringer der er opstået i forbindelse med deres nedtrapningen af antidepressivmedicin, ses det, hvordan noget, der starter som et problem i den fysiske dimension, bevæger sig videre ud og skaber yderligere udfordringer i de tre andre dimensioner. Således påvirker udfordringerne i de forskellige dimensioner hinanden indbyrdes,

hvilket illustrerer Deurzens (2010) beskrivelse af, at de fire dimensioner befinder sig i et komplekst og holistisk netværk, der uløseligt er forbundet. Når deltagernes udfordring starter i den fysiske dimension i form af ubehagelige symptomer, sætter det gang i en kædereaktion, som berører og skaber udfordringer i én eller flere af deltagernes andre dimensioner af menneskelig eksistens.

Derved er det illustreret i ovenstående analytiske gennemgang af Bo, Aya og Fies oplevelser, hvordan en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin påvirker alle fire dimensioner af menneskelig eksistens. Jf. Deurzen (2010) kan der således argumenteres for, at deltagerne oplever ”real hardship” eller en eksistentiel krise i løbet af deres nedtrapning af antidepressiv medicin. Igennem analysen ses det, hvordan abstinenssymptomerne påvirker betydningsfulde aktiviteter under hver dimension, lige fra deres arbejde til tætte relationer. Abstinenssymptomerne og deltagernes viden om og erfaring med disse medfører ligeledes ændringer, i hvordan de forstår og opfatter dem selv og verden omkring dem. Den eksistentielle krise kan således argumenteres at opstå idet, at deltagerne oplever et tab af mening og værdi på alle fire niveau af menneskelig eksistens på samme tid. Samtidigt ses det ligeledes, hvordan det er igennem en fastholdelse af meningsfulde aktiviteter, at informanterne finder motivation til at forsætte med at leve og udholde symptomerne, selvom hverdagen føles som en kamp at komme igennem (Deurzen & Adams, 2016).

Diskussion

I nedenstående afsnit vil specialets forskningsspørgsmål forsøges besvaret ved en gennemgang af specialets fremanalyserede temaer diskuteret op imod den eksisterende litteratur på området, som blev præsenteret i opgavens baggrundsafsnit (Bilag 14). Med udgangspunkt i specialets videnskabsteoretiske ståsted og kvalitative metode, har formålet med undersøgelsen

været at udvide og uddybe feltet af eksisterende forskning med undersøgelsens fund. Herefter vil specialets fund diskuteres op imod de danske kliniske retningslinjer, som ligeledes blev præsenteret i baggrundsafsnittet. Til sidst vil projektets metode blive diskuteret med udgangspunkt i Tracys (2010) og Smith et al.'s (2022) kvalitetskriterier for kvalitativforskning.

Oplevelsen af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin

Oplevelsen af antidepressive abstinenssymptomer

I analysen præsenteres de symptomer, som specialets interviewpersoner beskriver, at de oplever i forbindelse med deres nedtrapning af antidepressiv medicin. Her blev der fundet, at interviewpersonerne både oplever fysiske og psykiske symptomer, hvilket er tilsvarende, hvad den eksisterende litteratur finder. Eksempelvis er der flere systematiske reviews, der netop konkluderer, at antidepressive abstinenssymptomer både kan manifestere sig som fysiske og psykiske symptomer (Chouinard & Chouinard, 2015; Davies & Read, 2019). Davies and Read (2019) opridser i denne forbindelse nogle af de mest typiske symptomer, som er beskrevet i litteraturen som værende angst, influenzasymptomer, kvalme, sensoriske forstyrrelser, svimmelhed, hovedpine, utilpashed med flere (Davies & Read, 2019; Framer, 2021; Groot & van Os, 2018; Guy et al., 2020). Iblandt disse ses netop nogle af de symptomer, informanterne beskriver, hvorledes specialets fund understøtter den eksisterende litteratur på området. Alle interviewpersonerne beskriver i forlængelse heraf eksempelvis angstsymptomer, hvilket ligeledes er en afspejling af den eksisterende litteratur. Read (2020) og Stockmann et al. (2018) blandt mange andre konkluderer i denne forbindelse, at de mest forekomne abstinenssymptomer er af psykologisk karakter, herunder angst og depressionssymptomer (Chouinard & Chouinard, 2015; Davies & Read, 2019). I nærværende undersøgelse viser det sig dog, at den angst, der opstår i forbindelse med nedtrapning af antidepressiv medicin ikke nødvendigvis opleves på samme måde som den angst, man eksempelvis

kan opleve inden man starter på medicinen. Dette underbygges af Frammer (2021) som beskriver, at psykiske antidepressive abstinenser kan manifestere sig som enhver mulig variation af depression og angst, hvilket hun kalder neuro-emotioner. Disse vil modsat ”normale” angst- eller depressionssymptomer opstå uden grund og opleves som mere alvorlig end nogensinde før. Dette afspejles i specialets fund, hvor deltagerne netop beskriver de angst og depressionssymptomer, der er opstået i forbindelse med deres nedtrapning af antidepressiv medicin, som værende mere intense og voldsommere end de har oplevet før. Ligeledes går det igen hos flere af interviewdeltagerne, at de ikke kan finde en forklaring på, hvorfor de psykiske symptomerne er opstået, hvilket ligeledes kan indikere, at deltagerne oplever det som Frammer (2021) beskriver som neuro-emotioner.

Nærværende undersøgelse bidrager endvidere med flere detaljer omkring symptomer, der kun kort nævnes i den kvantitative forskning. I Read (2020, p. 4) og Stockmann et al. (2018, p. 178) nævnes eksempelvis symptomet smerter i en tabel, men ingen uddybning af disse bliver præsenteret. I specialet beskrives dette symptom yderligere og det ses, hvordan smerter i forbindelse med en nedtrapning af antidepressiv medicin kan opleves som både brændende, stikkende, sviende, snurrende og jagende og ligeledes, at det kan opleves over alt i kroppen, herunder i hjernen, hovedet, musklerne, leddene, maven og brystet.

Detaljerne om ovenstående symptomer, som denne undersøgelse bidrager med, kan således være med til at udvide og uddybe forståelsen af, hvordan det eksempelvis kan opleves at have angst eller smerter i forbindelse med en nedtrapning af antidepressiv medicin.

Oplevelsen af utilstrækkelig hjælp

Et tema som er gennemgående for specialets tre informanter, er deres oplevelse af manglende hjælp fra sundhedssystemet i relation til deres nedtrapning af antidepressiv medicin. Samme problemstilling findes i den eksisterende litteratur (Davies et al., 2018; Davies & Read,

2019; Guy et al., 2020; Ostrow et al., 2017), hvor det ligeledes ses, at læger enten ikke vil hjælpe patienter med at trappe ned, rådgiver om for hurtig en nedtrapning eller fejldiagnosticerer abstinenssymptomer, som enten tilbagefald eller andre somatiske lidelser (Haddad et al., 2001; Haddad & Qureshi, 2000; Hengartner et al., 2020; Thompson, 1998). I forlængelse heraf beskriver Framer (2021, p. 8), hvordan flere voksne gennemgår en ”chokfase, når det går op for dem, at der ingen medicinsk sikkerhedsnet er til at gribe dem”. Dette kendetegner særligt Bo og Ayaas oplevelser, hvor de beskriver deres desperation over ikke at få den hjælp de eftersøger. Bo beskriver i forlængelse heraf, at det opleves som et svigt fra systemet og lægerne og det ses, hvordan han har udviklet en mistro mod sundhedsvæsenet og lægerne, hvilket ligeledes bliver fundet i andre studier (Framer, 2021; Guy et al., 2020).

Udover at fejldiagnosticeringen resulterer i unødvendige undersøgelser og omkostninger for sundhedssystemet har det for Bo og Aya ligeledes medført, at de selv har måtte diagnosticere deres symptomer og endvidere søgt hjælp andre steder eller fortsat nedtrapningen på egen hånd. Bo og Aya bliver således nødsaget til at søge hjælp uden for det etablerede sundhedssystem, hvilket ligeledes er noget andre studier finder som en gennemgående tendens (Davies et al., 2018; Framer, 2021; Guy et al., 2020; Ostrow et al., 2017; White, Read, & Julio, 2021). At ansvaret ligger hos individet kan problematiseres (Darrow, Pelot, Naeger, & Ostrow, 2022), da det udover at skabe stor lidelse for det enkelte menneske kan have negativ betydning for social ulighed, da ikke alle voksne har samme ressourcer som Bo og Aya til at undersøge og finde svarene selv. Konsekvensen af dette kan være at voksne, der ikke kender til fænomenet antidepressive abstinenser, forbliver på deres medicin, da de tolker symptomerne som et tilbagefald. Udover at dette kan medføre unødvendig og langvarig brug af antidepressiv medicin (Davies & Read, 2019; Read, Gee, Diggle, & Butler, 2019), kan det endvidere have den konsekvens, at voksnes følelse af autonomi formindskes idet, at de forstår dem selv, som værende psykisk syge, selvom dette måske ikke er tilfældet længere.

På trods af, at Fie ligesom Bo og Aya også har haft uhensigtsmæssige møder med sundhedsvæsnet, eksempelvis i mødet med vagtlægen, oplever hun at få den rette hjælp til nedtrapningen hos hendes psykiater. Dette beskriver hun, skaber en tryghed og gør, at hun bedre kan være i abstinenssymptomerne, fordi hun ved, hun altid kan ringe til sin psykiater, hvis behovet opstår. Lignende oplevelser findes i Guy et al. (2020), hvor der beskrives, at dét at blive mødt og anerkendt af læger i forbindelse med en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin kan føre til en følelse af kontrol, hvilket er afgørende i forhold til at kunne udholde abstinenssymptomerne. Fundene fra Guy et al. (2020) samt Fies oplevelse kan derved underbygge argumentet om, hvor vigtigt det er, og hvor stor en positiv betydning det kan have for voksnes nedtrapningsproces, at blive mødt og anerkendt af de fagprofessionelle, de søger hjælp hos.

Betydning af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin

Betydningen for voksnes fysiske liv

Udover det voldsomme fysiske ubehag som specialets informanter oplever i forbindelse med deres nedtrapning af antidepressiv medicin, medfølger symptomerne endvidere forskellige grader af funktionsnedsættelser. Dette er i overensstemmelse med Davies et al. (2018) fund, hvor halvdelen af deres 156 spørgeskemarespondenter beskriver, at deres abstinenssymptomer var så invaliderende, at selv de mest basale dagligdagsaktiviteter, kunne blive en udfordring (Davies et al., 2018). I forlængelse heraf finder de, hvordan særligt voksnes arbejdsliv påvirkes af de invaliderende symptomer, hvilket ligeledes afspejles i interviewpersonernes beretninger fra dette speciale. For Bo og Aya har deres udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin resulteret i sygemeldinger, som også ses i andre studier (Davies et al., 2018; Framer, 2021; Guy et al., 2020). Denne problematik ses særligt, når abstinenssymptomerne, som eksempelvis i Bos tilfælde, er længerevarende. Framer (2021) definerer denne tilstand som antidepressive abstinenssyndrom. Når symptomerne, ligesom i

Bos tilfælde er længerevarende, kan det således have en betydning for voksnes fysiske og økonomiske følelse af sikkerhed og endvidere fører til gengribende bekymringer om disse.

Selvom det både i den eksisterende litteratur og denne undersøgelse tyder på, at der er en risiko for at voksne, der oplever abstinenssymptomer vil blive påvirket i deres arbejdsliv, viser der sig noget interessant i specialets undersøgelse. Samtidig med, alle tre informanter udtrykker frustration over, hvordan symptomerne påvirker deres arbejde, beskriver de også, hvordan hverdagsaktiviteter, herunder blandt andet arbejde, kan være med til at distrahere dem fra deres symptomer. De beskriver, hvordan de igennem deres arbejde holder sig selv i gang, hvilket kan indikere, at arbejde bliver en meningsfuldaktivitet for både de tre interviewdeltagere. Arbejdsaktivitet synes således at hjælpe dem med at vende fokus væk fra symptomerne ved at fokusere på noget udenfor deres krop, som derved lindrer ubehaget en smule.

Betydningen for voksnes psykiske liv

Et gennemgående tema for specialets tre informanter er, hvordan uvisheden om, hvad deres symptomer betyder skaber ubehag for dem. De beskriver alle, hvordan de analyserer deres symptomer og prøver at finde ud af, hvad de betyder, særligt når de oplever, at der er uoverensstemmelse mellem, hvad de føler og tænker om dem selv og de symptomer, de oplever. De bruger således mange ressourcer på at lede efter årsagen til deres tilstand, hvilket virker til at være opslidende for dem alle. Dette underbygges af Framer (2021), der gengiver, hvordan voksne beskriver, at det opleves ubehageligt, når de ikke kan genkende sig selv eller frygter, at symptomerne er udtryk for tilbagefald. Dette kan ifølge Framer (2021) lede til selvbebrejdende tanker og følelser af skam eller fortrydelse, hvilket ligeledes ses hos de tre informanter i denne undersøgelse.

I forlængelse af dette finder Davies et al. (2018) at antidepressive abstinenssymptomer kan have negativ betydning for voksnes selvværd og selvtillid. Dette understøtter specialets analysefund ligeledes, eksempelvis idet at Bo bliver begrænset i sit arbejdsliv, hvilket for ham medfører en form for tab af arbejdsidentitet, da der pludselig er uoverensstemmelse mellem det han ønsker og de ressourcer han har til rådighed. For Fie og Aya resulterer abstinenssymptomerne i en tvivl om, hvorvidt de stadig har brug for deres medicin, hvilket fastholder dem i en forståelse af dem selv som stadig værende psykisk syge. På samme tid viser specialets analysefund, hvordan nedtrapningen på trods af de medfølgende udfordringer, også for Fie og Aya virker til at medføre, at de kommer nærmere en større følelse af frihed og autonomi, særligt hvis de lykkedes med nedtrapningen.

Betydningen for voksnes sociale liv

Nærværende undersøgelse belyser ligeledes, hvilken betydning en udfordrende nedtrapning kan have for voksnes sociale relationer. Ud fra interviewpersonernes fortællinger tyder det på, at abstinensstilstanden kan have stor negativ betydning for voksnes sociale liv. Selvom flere studier konstaterer, at abstinenssymptomer også belaster den voksnes pårørende (Davies et al., 2018; Framer, 2021; Guy et al., 2020), blev der kun identificeret én anden undersøgelse, som belyser, hvordan abstinenssymptomer kan påvirke de voksnes sociale liv (Davies et al., 2018). Her finder Davies et al. (2018), sammenligneligt med specialets deltagere, at abstinensstilstanden eksempelvis belaster relationen til romantiske partnere, nære venner samt familie. Særligt tyder det på, at symptomerne kan have så stor betydning, at det for nogle voksne resulterer i manglende ressourcer til at tage sig af deres børn, og give dem den støtte de har brug for. Dette afspejles i nærværende undersøgelse, hvor Bo og Fie netop beskriver en bekymring om, hvordan deres tilstand påvirker deres børn, familie og venner.

Hvad den eksisterende litteratur ikke belyser er, hvordan voksne forsøger at håndtere disse sociale udfordringer. Her finder specialet, at deltagerne igennem kommunikation forsøger at bibeholde deres tætte relationer. Særligt Bo beskriver, hvordan han forsøger at tale åbent og ærligt med sine børn og forsikre dem om, at det ikke er deres skyld, at han har det, som han har det. Grundet den begrænsede viden om denne problemstilling, bidrager specialet således til den eksisterende litteratur med detaljerede beskrivelser af, hvordan en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin risikerer at påvirke voksnes sociale relationer, herunder både romantiske partnere, venner, søskende og børn og hvordan man eventuel kan mindske den negative påvirkning igennem god, åben og ærlig kommunikation.

Betydningen af mening i en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin

I den eksisterende litteratur er der ikke mange beskrivelser af, hvordan mening spiller en rolle i forhold til en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin. Igen er det kun Davies et al. (2018), som beskriver, hvordan voksne udtrykker følelser af, at pillerne har medført, at de har mistet meningen med livet og flere af spørgeskemarespondenterne udtrykker, at det har ødelagt deres liv. I nærværende speciale bliver denne vigtige pointe underbygget og udfoldet idet, at vi kommer tættere på en forståelse af, hvad det kan betyde for voksne, når de siger, at de mister meningen med livet i forbindelse med en nedtrapning af antidepressiv medicin. Igennem specialets analyse ses det, hvordan de tre deltagere i både deres fysiske, psykiske og sociale liv oplever at abstinenssymptomerne begrænser dem i deres meningsfulde aktiviteter, hvilket jf. Deurzen (2010) kan skabe meningsløshed og en eksistentiel krise. Dette er et vigtigt bidrag til den eksisterende forskning på området, da det viser, at en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin for voksne kan være så voldsom, at den medfører en eksistentiel krise, herunder følelser af at miste meningen med livet. Dette understreger således alvorligheden og vigtigheden af at denne

problematik bliver belyst og undersøgt yderligere i fremtiden, så den i forlængelse heraf kan identificeres og behandles korrekt i praksis.

Hvad der endvidere er interessant i nærværende undersøgelse er, hvordan det i deltagernes fortællinger ses, hvordan mening bliver en drivkraft for dem. Dette ses på to måder. Den første er, hvordan nedtrapningen er så meningsfuld for dem, at de ønsker at forsøge at trappe ned på trods af alle de udfordringer, der medfølger. Den anden er, hvordan de igennem fastholdelsen af meningsfulde aktiviteter i deres liv, bedre kan udholde ubehaget som nedtrapningen har medført. Disse fund tænkes at kunne bidrage til den eksisterende litteratur om emnet, da det hjælper til at forstå voksnes motivation bag ønsket om at nedtrappe, samt hvordan man kan hjælpe og støtte de voksne, der møder problemer undervejs i deres nedtrapning af antidepressiv medicin.

Diskussion af kliniske retningslinjer

De nuværende danske retningslinjer, vejledninger og anbefalinger, som anvendes af det danske sundhedsvæsen til at nedtrappe voksne af deres antidepressive medicin beskriver på nuværende tidspunkt, at en nedtrapning af antidepressivmedicin skal foregå langsomt, for at undgå seponeringssymptomer (Kessing et al., 2020; NICE, 2009; RADS, 2015; Sørensen et al., 2022; Videbech, 2021a, 2021b). Bo, Fie og Aya er tre eksempler på voksne som har fulgt eller har forsøgt at følge deres lægers eller psykiateres anbefalinger. Det kan ikke vides om disse fagpersoner har fulgt de danske kliniske retningslinjer, men ud fra interviewpersonernes beskrivelser tyder det på, at de tre voksne er trappet ned i overensstemmelse med retningslinjerne for nedtrapning af antidepressiv medicin. Eksempelvis fortæller Bo og Fie, at de er trappet 25mg Sertralin ned ad gangen, hvilket er i overensstemmelse de nuværende kliniske retningslinjer. At følge disse anbefalinger har for de tre deltager skabt voldsomme fysiske og psykiske symptomer, som har haft en negativ betydning for både deres fysiske, psykiske og sociale liv. Dette er sket for Fie, selvom

hendes psykiater havde kendskab til risikoen for abstinenssymptomer ved nedtrapning af antidepressiv medicin. På trods af dette vejleder psykiateren stadig Fie til at trappe ned 25mg ad gangen, hvilket medfører abstinenssymptomer for Fie. I forlængelse af dette beskrives det i tidligere undersøgelser, hvordan praktiserende læger giver udtryk for, at de ikke føler, de har tilstrækkelig viden til at kunne hjælpe deres patienter med at udtrappe på en måde, hvorpå der ikke opstår abstinenser (Bowers et al., 2019; Read, Renton, Harrop, Geekie, & Dowrick, 2020). Nogle sundhedsprofessionelle nævner endda NICE-retningslinjerne og beskriver dem som utilstrækkelige, og at disse anbefalinger ikke kan anvendes i praksis, da de netop fører til abstinenser for nogle patienter (Bowers et al., 2019). I forlængelse heraf konkluderer Sørensen et al. (2022), at de eksisterende kliniske retningslinjer er for uspecifikke og mangelfulde til at hjælpe sundhedsprofessionelle med at vejlede patienter, der ønsker at trappe ned i deres antidepressive medicin. Ud fra interviewpersonernes oplevelser sammenholdt med den øvrige litteratur på området (Davies et al., 2019; Framer, 2021; Sørensen et al., 2022) peger det således på, at de nuværende retningslinjer anbefaler en for hurtig nedtrapning af antidepressiv medicin.

Som beskrevet i specialets afsnit ”baggrundsviden om emnet” bliver de symptomer der opstår efter en udtrapning af antidepressiv medicin i de danske retningslinjer og patientvejledninger desuden beskrevet som ”milde” og ”ikke alvorlige” (Kessing, 2020; Kessing et al., 2020; Videbech, 2021b). I modsætning til dette finder nærværende speciale, hvordan de tre interviewpersoner beskriver deres symptomer, der er opstået i forbindelse med en nedtrapning af antidepressiv medicin som ”kraftfulde”, ”ulidelige” og ”voldsomme”, hvilket ligeledes underbygges af det generelle forskningsbillede (Davies & Read, 2019; Framer, 2021; Hengartner et al., 2020). Derudover beskrives symptomerne i de danske retningslinjer som, at de går over inden for nogle dage, et par uger og i enkelte tilfælde flere måneder (Davidsen et al., 2019; RADS, 2015). Dette modstrider ligeledes den eksisterende forskning på området, der finder at antidepressive abstinenser

kan vare fra mange måneder og op til flere år (Davies & Read, 2019; Hengartner et al., 2020), hvilket i specialet ses i Bos tilfælde.

Diskussion af metode

I nedenstående afsnit vil der være en gennemgang af, hvordan det er forsøgt at efterleve de kvalitetskriterier, som Tracy (2010) og Smith et al. (2022) opstiller med formålet om at opnå høj kvalitet i kvalitativ forskning og i dette tilfælde en IPA-undersøgelse. Med samme formål vil der endvidere blive diskuteret fordele og ulemper ved nogle af de metodiske valg der er truffet i nærværende undersøgelse.

Et værdigt emne og signifikant bidrag

Ifølge Tracy (2010) skal god kvalitativ forskning omhandle et emne, der både er relevant, rettidigt, væsentligt, interessant og samtidigt bidrage på en meningsfuld måde til praksis. Fænomenet og derved undersøgelsen af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin vurderes til at opfylde disse kriterier, da eksisterende forskning, som beskrevet i indledningen, viser at en stor del af voksne, der forsøger at trappe ned af SSRI-præparater, oplever betydelige problemer i form af antidepressive abstinenssymptomer. I den nuværende litteratur beskrives det, at mange patienter oplever, at deres symptomer ikke bliver diagnosticeret korrekt, når de søger hjælp. Det peger derved på et behov for at udbrede yderligere kendskab til denne problemstilling i forskningens såvel som i praksis.

Derudover kan det argumenteres at brugen af den fænomenologiske-hermeneutiske samt eksistentialistiske teori i analysen af denne problemstilling, som ikke før har været anvendt i relation til emnet, ligeledes bidrager til den eksisterende litteratur om emnet. Deurzens (2010) teori om de fire dimensioner af menneskelig eksistens har bidraget til at belyse, hvor stor en eksistentiel

betydning en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin kan have for voksne og understreger ligeledes vigtigheden af at tage hånd om antidepressive abstinenser i praksis.

Koheræns og rig stringens

For at opnå kohærens i undersøgelsen, som også er et kvalitetskriterie i kvalitativ forskning, har jeg forsøgt at skabe sammenhæng mellem forskningsspørgsmålet, den videnskabsteoretiske tilgang, metodologi og analysestrategi (Smith et al., 2022; Tracy, 2010). Eksempelvis har jeg forsøgt at få fænomenologien ind i forskningsspørgsmålet ved at have fokus på de voksnes oplevelser og valgt metoden dybdegående interview til netop at kunne udfolde disse oplevelser. Dertil har jeg valgt IPA-tilgangens analysestrategi, som herefter igennem hermeneutikken kunne hjælpe mig med at forstå, hvordan deltagerne forstår deres oplevelser af fænomenet en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin. I forlængelse heraf skal et kvalitativt studie af høj kvalitet have anvendt passende og tilstrækkelig brug af teori, indsamling af empiri og analysestrategi (Tracy, 2010). Dette leder mig til en diskussion af fordele og ulemper ved antal deltagere og hvordan empirien er indhentet i nærværende speciale.

Antal interviewpersoner. Som det blev beskrevet i metodeafsnittet, fik jeg kun tre henvendelser i mine forsøg på at rekruttere interviewpersoner til dette projekt. Derfor er det blandt andet af pragmatiske årsager, at undersøgelsen kun indeholder tre interviewdeltagere. Selvom IPA anbefaler mellem tre til fem deltagere, kunne det have gavnet undersøgelsen, hvis der havde været flere deltagere. Det kunne eksempelvis være interessant at undersøge om nærværende opgaves fremanalyserede temaer ville gå igen hos andre voksne med samme problemstilling. Således ville et kvalitativt studie med flere informanter kunne være med til at understøtte undersøgelsens væsentlige påstande og givet analysefundene mere tyngde (Tracy, 2010). På den anden side har de få informanter dog givet muligheden for at lave en dybdegående analyse af hvert interview, hvilket

er i overensstemmelse med IPA's ideografiske tilgang. Det lille antal interviewpersoner kan ligeledes skabe mere plads til at identificere og rumme flere nuancer og mere kompleksitet i deltagernes beretninger, end hvis der havde været flere deltagere. Som Tracy (2010) ligeledes pointerer, kan et værdifuldt bidrag stadig opnås på trods af lidt empiri, hvis denne er ny og unik. Dette kan argumenteres at være tilfældet i nærværende undersøgelse, da der, så vidt det vides, ikke er foretaget dybdegående én-til-én interviews med denne målgruppe tidligere. I overensstemmelse hermed beskriver Smith et al. (2022), at casestudiers formål er at demonstrere eksistens og ikke forekomst, og denne tilgang er således anvendt i dette speciale til at vise, hvordan fænomenet eksisterer og udfolde dette på en meningsfuld måde.

Online interviews. Endvidere synes det relevant at nævne fordele og ulemper ved, hvordan undersøgelsens empiri er blevet indhentet. Valget om at muliggøre at interviewene kunne foregå online tog jeg grundet de fordele, som det kan medfølge, herunder at det kunne være med til at åbne min geografiske rækkevidde op (Smith et al., 2022). Derudover kan online interviews ligeledes give personer, der ellers ikke føler sig trygge, ikke har mulighed for at melde sig eller ikke kan overskue det, samme mulighed for deltagelse end, hvis det kun havde været fysiske interviews (Smith et al., 2022). At informanten sidder i sit eget hjem under interviewet, kan argumenteres at være med til gøre deltageren mere tilpas, som endvidere resulterer i en højere grad af åbenhed i interviewet, som er ønskværdigt. Valget om at muliggøre online interviews resulterede i, at to af undersøgelsens interviews blev online, hvilket samtidigt skabte nogle udfordringer. Først og fremmest var jeg opmærksom på, at det kunne blive vanskeligt at skabe en god kontakt over skærmen, da det er sværere eksempelvis at aflæse og reagere passende på deltagernes nonverbale signaler (Smith et al., 2022). Derudover oplevede jeg nogle praktiske udfordringer i form af usikker forbindelse, hakkende og dårlig lyd, som udover at påvirke kontakten, samtidigt gjorde det sværere at transskribere interviewet efterfølgende og i nogle få tilfælde resulterede i, at jeg ikke kunne høre deltagernes ord.

Dette kan have medført formindsket kvalitet af transskriptionen, som i forlængelse heraf ligeledes kan have påvirket kvaliteten af analysen negativt.

Resonans, troværdighed og oprigtighed

Man kan i kvalitativ forskning i udgangspunktet ikke generalisere til en bredere population, på samme måde som det er målet ved kvantitativ forskning. Dog har jeg igennem brug af dybdegående og rige beskrivelser af de medvirkende interviewdeltagers beretninger forsøgt at skabe rammerne for, at de potentielt kan vække resonans og genklang hos dem, der læser nærværende undersøgelse (Tracy, 2010).

Transparens. For at demonstrere forsøget på at udføre empiriindsamlingen og analysen på en troværdig og transparent måde, er der i metodeafsnittet beskrivelser, refleksioner og eksempler på, hvordan hvert trin i undersøgelsen er gennemført (Smith et al., 2022; Tracy, 2010). Hvert trin er udviklet og udført på baggrund af IPA'ens fænomenologiske, hermeneutiske og ideografiske videnskabsteoretiske forståelse, og der er ligeledes i metodeafsnittet beskrivelser af, hvordan jeg konkret har anvendt passende metodiske greb, i min undersøgelse. For at skabe yderligere troværdighed i undersøgelsen er nøje udvalgte eksempler fra empirien blevet brugt til at demonstrere de mønstre og temaer, der er blevet fremlagt, både i hver enkelt interview og efterfølgende i den endelige præsentation af analysen.

Min forforståelses betydning for specialet. Jeg har jf. mit videnskabsteoretiske ståsted og efter Malteruds (2012) anbefalinger været min forforståelse bevidst samt fremlagt denne, i forsøget på at opnå oprigtighed i min undersøgelse. Jeg har forsøgt at bruge min forforståelse som en styrke. Den største fordel kan argumenteres at være, at min personlig erfaring har åbnet dette forskningsfelt op for mig, og ligeledes har jeg igennem personlig interesse på forhånd haft en stor baggrundsviden om emnet. Inden jeg startede projektet, havde jeg eksempelvis en intuitiv idé om, grundet mine

personlige erfaringer, at de udfordringer, der kan opstå i en nedtrapning af antidepressivmedicin, kan have betydelige konsekvenser for mange forskellige arenaer i et menneskes liv, således at der både kunne opstå udfordringer i ens fysiske, psykiske og sociale liv. For at kvalificere denne forståelse af fænomenet og sikre relevans påbegyndte jeg herefter mine søgninger, og igennem disse fandt jeg netop et hul i litteraturen. I forlængelse heraf kan det argumenteres, at mit personlige kendskab til fænomenet har gjort, at jeg nemmere er kommet ind til en forståelse af informanternes oplevelser og kompleksiteten af problemstillingen.

Modsat har min forforståelse af, at en nedtrapning af antidepressiv medicin som værende noget, der har betydning for både en voksens fysiske, psykiske og sociale liv, sat rammen for specialets undersøgelsesfelt. Om end relevansen af denne vinkel blev understøttet af den eksisterende litteratur på området, har jeg igennem processen forsøgt at være bevidst om de biasser, jeg har medbragt ind i projektet og været opmærksom på, at personlig erfaring kan være en ulempe, hvis man lader sine antagelser herske. Eksempler på dette kunne være, at mine analysefund blev påvirket i så høj grad af mine egne oplevelser, at jeg kun kom frem til temaer, som jeg selv havde erfaring med, eller hvis jeg kun fremskrev og prioriterede temaer som skabte resonans hos mig, men som jeg ikke kunne finde belæg for i informanternes beretninger. Som beskrevet i metodeafsnittet forsøgte jeg derfor via konkrete fænomenologiske greb at være bevidst om min forforståelse eksempelvis ved i interviewene at spørge åbent og uddybende indtil til, hvordan netop de medvirkende interviewdeltagere oplevede fænomenet. I analysen anvendte jeg ligeledes informanternes beskrivelser som argument for de temaer, der blev fremskrevet. Således har jeg forsøgt at styrke min undersøgelse og gøre den troværdig ved hele tiden at forankre mine fund i litteraturen og i det konkrete empiriske materiale og ikke kun i min egen forståelse af problemstillingen.

Etik

Som beskrevet i metodeafsnittet har jeg fulgt de etiske retningslinjer omkring frivilligt informeret samtykke og fortrolighed som blandt andet er beskrevet i Smith et al. (2022). Udover disse beskriver Tracy (2010) vigtigheden af relationel etik, som både indebærer en etisk selvbevidsthed, hvor forskeren er opmærksom på, hvordan deres ageren kan have konsekvenser for de medvirkende deltagere samtidig med en bevidsthed om at vise anerkendelse og respekt. Jeg havde inden hver interviewsituation gjort mig overvejelser om fordele og ulemper ved at dele min personlige erfaringer med nedtrapning af antidepressiv medicin, og hvilke konsekvenser det kunne have for min undersøgelse og deltagernes beskrivelser. For ikke at påvirke deltagerne under interviewet valgte jeg, som beskrevet tidligere ikke at dele mine egne erfaringer inden og under interviewet. Hvis jeg vurderede, at det i slutningen af interviewet var passende, eksempelvis fordi informanten spurgte ind til det direkte, svarede jeg og fortalte om, at jeg også selv kendte til de udfordringer som de netop havde beskrevet for mig. Dette håbede jeg medvirkede til at interviewdeltagerne følte sig anerkendte, set og forståede.

Konklusion og perspektivering

I nærværende speciales indledning blev det beskrevet, hvordan halvdelen af voksne, der trapper ned i deres antidepressive medicin, oplever antidepressive abstinenser, og at halvdelen af disse oplever dem i så høj grad, at de ikke kan fungere normalt i deres hverdag. Efter en systematisk litteratursøgning viste det sig dog, at der kun var få studier, der undersøgte denne problemstilling fra en kvalitativ vinkel. Således blev dette specialets formål, og forskningsspørgsmålet der er blevet undersøgt er: *hvordan opleves det for voksne mennesker, når der opstår udfordringer i en nedtrapning af antidepressiv medicin, og hvilken betydning har disse udfordringer for deres fysiske, psykiske og sociale liv*. Dette forskningsspørgsmål blev belyst gennem tre semistrukturerede

interviews, som blev udført og analyseret ud fra IPA-tilgangen. Efter en systematisk og dybdegående analyse af de tre deltageres interviews blev Deurzens (2010) teori om de fire dimensioner af menneskelig eksistens koblet på de allerede fremanalyserede temaer. Dette med formålet om at opnå en holistisk forståelse af fænomenet en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin og hvilken betydning denne kunne have for tre voksne menneskers liv.

I analysen sås det, hvordan tre voksne mennesker oplevede ubehagelige fysiske og psykiske symptomer i forbindelse med deres nedtrapning af antidepressiv medicin. Da de i forlængelse heraf søgte hjælp til at identificere og håndtere disse symptomer, oplevede de enten ikke at blive taget alvorligt eller at blive fejlagnosticeret af sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet. For de voksne medførte oplevelsen af ikke at få den hjælp de havde brug for, en frygt og forvirring over hvad symptomerne betød.

Igennem analysen blev det endvidere belyst, hvordan udfordringerne med deres nedtrapning havde en betydning flere aspekter af deres liv. Udover det fysiske og psykiske ubehag som de voksne oplevede, blev deres fysiske liv endvidere påvirket idet, at symptomerne gjorde, at de ikke i samme grad kunne gøre de ting, de kunne før symptomerne opstod, herunder eksempelvis arbejde. Det sås ligeledes, hvordan symptomerne havde en betydning for deres psykiske liv, idet at de voksne blev i tvivl om, hvorvidt udfordringerne ved nedtrapningen betød, at de var ved at få et tilbagefald, hvilket gjorde dem usikker på deres forståelse af dem selv. Dertil oplevede de voksne, at symptomerne begrænsede dem i deres sociale liv, både i forhold til deltagelse i sociale aktiviteter, men også fordi, det skabte udfordringer i deres tætte relationer.

På denne måde blev det i analysen vist, hvordan en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin forhindrede de voksne i at udføre meningsfulde aktiviteter i både deres fysiske, psykiske og sociale liv, hvilket jf. Deurzen (2010) kan beskrives som en eksistentiel krise.

I forlængelse heraf sås det i diskussionen, hvordan specialets fund underbygger og afspejler den allerede eksisterende forskning på området. Samtidigt bidrager undersøgelsen med mere detaljerede beskrivelser af, hvordan det opleves og hvilken eksistentiel betydning det kan have for voksnes liv, når der opstår udfordringer i en nedtrapning af antidepressiv medicin, end der før er set i litteraturen.

Anbefalinger til praksis og videre forskning

På baggrund af specialets fund og den eksisterende litteratur på området identificeres der to anbefalinger til praksis, som kan være med til at forbedre voksnes oplevelser af en udfordrende nedtrapning af antidepressiv medicin samt formindske nedtrapningens negative betydning for deres fysiske, psykiske og sociale liv.

Langsommere og individualiseret nedtrapning. I nærværende undersøgelse udtrykker interviewdeltagerne eksplicit, at det er vigtigt for dem, at deres nedtrapning af antidepressiv medicin foregår langsomt, så de undgår så mange abstinenssymptomer som muligt. Dette fund sammenholdt med den eksisterende litteratur på området, kunne tyde på at de nuværende kliniske retningslinjer skal omdefinere deres forståelse af en ”langsom” nedtrapning af antidepressiv medicin. Da det ud fra forskningen netop tyder på, at hastigheden på nedtrapningen virker til at have indflydelse på udviklingen af abstinenssymptomer, anbefales det, at de danske kliniske retningslinjer ændres, så de anbefaler en endnu langsommere nedtrapning end de gør på nuværende tidspunkt. En langsommere og eksponentiel nedtrapning (at størrelsen på hver dosisreduktion gradvist bliver mindre) vil i følgende eksisterende forskning muliggøre en neurologisk re-adaption i hjernen, som gerne skulle resultere i færre abstinenser (Framer, 2021; Horowitz & Taylor, 2019; Ruhe, Horikx, van Avendonk, Groeneweg, & Woutersen-Koch, 2019). For endvidere at inddrage patienters præferencer jf. evidensbaseret praksis (APA, 2021), er det ligeledes vigtigt, at

nedtrapningen af antidepressive præparater er fleksible, så man kan individualisere hvert nedtrapningstrin til den pågældende voksen ved hjælp af løbende monitorering (Groot & van Os, 2020b).

Bedre definition af antidepressive abstinenssymptomer. På baggrund af specialets fund og den eksisterende forskning anbefales det endvidere, at beskrivelsen af seponeringssymptomer i de danske retningslinjer som værende milde og kortvarige ligeledes ændres, så de afspejler det generelle forskningsbillede, der beskriver dem som alvorlige og længerevarende. Derudover kunne det tyde på, at gavne både sundhedsprofessionelle og patienter, hvis en præcisering af definitionen på antidepressive abstinenssymptomer blev udformet. Specialets detaljerede beskrivelser af deltagernes symptomer argumenteres at bidrage til en mere dybdegående forståelse af fænomenet antidepressive abstinenser, som i forlængelse heraf kan være med til at sikre at abstinenssymptomerne kan blive identificeret korrekt i praksis og behandlet derefter. Eksempelvis tænkes det at være vigtigt, at man som klinisk psykolog har en viden om, hvilke udfordringer en nedtrapning af antidepressiv medicin kan medføre, så man med udgangspunkt heri kan støtte voksne, der sidder i denne situation, på den bedst mulige måde.

Videre forskning. Det er dog relevant at pointere, at nærværende studies resultater kun tager udgangspunkt i tre voksnes oplevelser, hvilket ikke i sig selv er nok til at afgøre om en ændring af de nuværende danske retningslinjer bør finde sted. Specialets fund kan i stedet være med til at pege på alvorligheden af problemstillingen, og at der i forlængelse heraf er brug for yderligere forskningsbaseret viden, herunder større kvalitative undersøgelser, omhandlende dette emne. Hvis lignende resultater bliver fundet i sådanne studier, ville dette kunne give en bedre indikation om, hvorvidt de danske retningslinjer om nedtrapningen af antidepressiv medicin skal ændres.

I videre forskning kunne det ligeledes være interessant at undersøge problemstillingen med diskursanalytisk afsæt. En sådan undersøgelse kunne lægge op til at belyse, hvordan menneskets

forståelse af verden er med til at skabe og ændre diskurser og endvidere, hvordan disse diskurser udmunder sig i sociale konsekvenser (Phillips, 2015). Her kunne det således være interessant at undersøge, hvad der rører sig på samfundsniveau, eksempelvis med udgangspunkt i de danske kliniske retningslinjer. Derudover kunne det ligeledes være relevant at belyse, hvorvidt de forskellige betegnelser, der anvendes til at beskrive de symptomer, som opstår i forbindelse med nedtrapningen af antidepressiv medicin, har en betydning for anerkendelsen og behandlingen af dette fænomen i praksis.

Referencer

- Ambresin, G., Palmer, V., Densley, K., Dowrick, C., Gilchrist, G., & Gunn, J. M. (2015). What factors influence long-term antidepressant use in primary care? Findings from the Australian diamond cohort study. *Journal of Affective Disorders, 176*, 125-132.
doi:10.1016/j.jad.2015.01.055
- APA. (2021). Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology. Retrieved from <https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>
- Bosman, R. C., Huijbregts, K. M., Verhaak, P. F. M., Ruhe, H. G., Van Marwijk, H. W. J., Van Balkom, A. J. L. M., & Batelaan, N. M. (2016). Long-term antidepressant use: A qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. *British Journal of General Practice, 66*(651), e708-e719. doi:<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp16X686641>
- Bowers, H. M., Williams, S. J., Geraghty, A. W. A., Maund, E., O'Brien, W., Leydon, G., . . . Kendrick, T. (2019). Helping people discontinue long-term antidepressants: views of health professionals in UK primary care. *BMJ open, 9*(7), e027837. doi:10.1136/bmjopen-2018-027837
- Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative interview* (1. udgave ed.). Kbh: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 13-28). København: Hans Ritzels Forlag.
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & health, 21*(1), 87-108.
doi:10.1080/14768320500230185
- Bøttcher, L., Kousholt, D., & Winter-Lindqvist, D. (2018). Indledende refleksioner over analyseprocesser og kvalitetsdimensioner. In L. Bøttcher, D. Kousholt, & D. Winter-

Lindqvist (Eds.), *Kvalitative analyseprocesser– med eksempler fra det pædagogisk psykologiske felt* (pp. 17-38): Samfundslitteratur.

Cherry, M. G., Smith, H., Perkins, E., & Boland, A. (2017). Reviewing Qualitative Evidence. In A.

Boland, M. G. Cherry, & R. Dickson (Eds.), *Doing a systematic review: a student's guide* (2. ed., pp. 193-222). Los Angeles: SAGE.

Chouinard, G., & Chouinard, V.-A. (2015). New Classification of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Withdrawal. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 63-71.

doi:10.1159/000371865

Christensen, G. (2014). *Psykologiens Videnskabsteori: En Introduktion* (2.udgave ed.).

Frederiksberg, [Denmark]: Samfundslitteratur.

Darrow, S., Pelot, M., Naeger, S., & Ostrow, L. (2022). User Perspectives on Professional Support and Service Use During Psychiatric Medication Discontinuation. *Community Ment Health J.*

doi:10.1007/s10597-021-00933-3

Davidsen, A., Jürgens, G., & Nielsen, R. (2019). Farmakologisk behandling af unipolar depression hos voksne i almen praksis. Retrieved from <https://www.sst.dk/->

[/media/Udgivelser/2019/Månedssbladet-Rationel-Farmakoterapi/9/2019-9-](#)

[RF_WEB.ashx?la=da&hash=B9BE91D18AA9F2747CB9A9D79C36BBEDAFD6BDE0](#)

Davies, J., Cooper, R. E., Moncrieff, J., Montagu, L., Rae, T., & Parhi, M. (2022). The costs incurred by the NHS in England due to the unnecessary prescribing of dependency-forming medications. *Addictive behaviors*, 125, 107143.

doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107143>

Davies, J., Pauli-Jones, G., & Montagu, L. (2018). Antidepressant Withdrawal: a Survey of Patients' Experience by the All-Party Parliamentary Group for Prescribed Drug Dependence.

- Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive behaviors*, *97*, 111-121. doi:10.1016/j.addbeh.2018.08.027
- Davies, J., Read, J., Hengartner, M. P., Cosci, F., Fava, G., Chouinard, G., . . . Guy, A. (2019). Clinical guidelines on antidepressant withdrawal urgently need updating. *BMJ (Online)*, *365*, l2238. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2238>
- Deurzen, E. v. (2010). *Everyday Mysteries - A handbook of existential psychotherapy* (2. ed.). London: Routledge.
- Deurzen, E. v. (2015). Structural Existential Analysis (SEA): A Phenomenological Method for Therapeutic Work. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *45*(1), 59-68. doi:10.1007/s10879-014-9282-z
- Deurzen, E. v., & Adams, M. (2016). *Skills in Existential Counselling and Psychotherapy* (2. ed.). London: SAGE.
- Donald, M., Lynch, J., van Driel, M., Partanen, R., Sharman, L., Dingle, G. A., & Haslam, C. (2021). Long-term antidepressant use in general practice: A qualitative study of GPs' views on discontinuation. *British Journal of General Practice*, *71*(708), E508-E516. doi:<http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2020.0913>
- Dundar, Y., & Fleeman, N. (2017). Developing My Search Strategy. In A. Boland, M. G. Cherry, & R. Dickson (Eds.), *Doing a systematic review: a student's guide* (2. ed., pp. 61-70). Los Angeles: SAGE.
- Eveleigh, R., Speckens, A. E. M., Weel, C. v., Oude Voshaar, R. C., & Lucassen, P. L. B. J. (2019). Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, *9*, 2045125319872344-2045125319872344. doi:10.1177/2045125319872344

- Eveleigh, R., van Weel, C., Speckens, A., Oude Voshaar, R., & Lucassen, P. (2019). Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 9. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/2045125319872344>
- Fava, G. A., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 72-81. doi:10.1159/000370338
- Finlay, L. (2008). A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the "Phenomenological Psychological Attitude". *Journal of phenomenological psychology*, 39(1), 1-32. doi:10.1163/156916208X311601
- Flick, U. (2011). Qualitative Research Designs. *Designing qualitative research*, 36-50.
- Framer, A. (2021). What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. *Ther Adv Psychopharmacol*, 11, 2045125321991274. doi:10.1177/2045125321991274
- Groot, P. C., & van Os, J. (2018). Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 10(2), 142-145. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/17522439.2018.1469163>
- Groot, P. C., & van Os, J. (2020a). How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. *Ther Adv Psychopharmacol*, 10, 2045125320932452. doi:10.1177/2045125320932452
- Groot, P. C., & van Os, J. (2020b). Outcome of antidepressant drug discontinuation with taperingstrips after 1-5 years. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 10. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/2045125320954609>

- Guy, A., Brown, M., Lewis, S., & Horowitz, M. (2020). The 'patient voice': patients who experience antidepressant withdrawal symptoms are often dismissed, or misdiagnosed with relapse, or a new medical condition. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 10. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/2045125320967183>
- Haddad, P. M. (2001). Antidepressant Discontinuation Syndromes: Clinical Relevance, Prevention and Management. In (Vol. 24, pp. 183-197). NORTHCOTE: Adis International.
- Haddad, P. M. (2005). Do antidepressants cause dependence? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(2), 58-62. doi:<https://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00006254>
- Haddad, P. M., & Anderson, I. M. (2007). Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. *Advances in psychiatric treatment : the Royal College of Psychiatrists' journal of continuing professional development*, 13(6), 447-457. doi:10.1192/apt.bp.105.001966
- Haddad, P. M., Devarajan, S., & Dursun, S. M. (2001). Antidepressant discontinuation (withdrawal) symptoms presenting as 'stroke'. *Journal of psychopharmacology (Oxford)*, 15(2), 139-141. doi:10.1177/026988110101500210
- Haddad, P. M., & Qureshi, M. (2000). Misdiagnosis of antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(6), 466-468. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102006466.x
- Hengartner, M. P., Schulthess, L., Sorensen, A., & Framer, A. (2020). Protracted withdrawal syndrome after stopping antidepressants: a descriptive quantitative analysis of consumer narratives from a large internet forum. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 10. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/2045125320980573>
- Horowitz, M. A., & Taylor, D. (2019). Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *The Lancet*, 6(Psychiatry), 538-546.

- Iacobucci, G. (2019). NICE updates antidepressant guidelines to reflect severity and length of withdrawal symptoms. *BMJ (Online)*, 367, 16103-16103. doi:10.1136/bmj.16103
- Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). Fænomenologi. In *Kvalitative metoder - en grundbog* (2 ed., pp. 217-240): Hans Riezels Forlag.
- Jakobsen, J. C., Gluud, C., & Kirsch, I. (2020). Should antidepressants be used for major depressive disorder? Retrieved from <https://go.exlibris.link/dp103bsl>
- Jauhar, S., & Hayes, J. (2019). Corrigendum to “The war on antidepressants: What we can, and can't conclude, from the systematic review of antidepressant withdrawal effects by Davies and Read” [Addictive Behaviors (2019)]. *Addictive behaviors*, 97, 126-126. doi:10.1016/j.addbeh.2019.05.015
- Karpatschof, B. (2015). Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder: En grundbog* (pp. 443-461). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kessing, L. (2020). Antidepressivt nedtrapningssyndrom. Retrieved from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/antidepressivt-nedtrapningssyndrom/>
- Kessing, L., Kristensen, J., & Øgard, C. (2020). Antidepressivt seponeringssyndrom. Retrieved from <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/medikamentrelaterede/antidepressivt-seponeringssyndrom/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 102-120. doi:10.1191/1478088706qp062oa

- Leiter, F. L., Nierenberg, A. A., Sanders, K. M., & Stern, T. A. (1995). Discontinuation reactions following sertraline. *Biological psychiatry (1969)*, *38*(10), 694-695. doi:10.1016/0006-3223(95)00311-8
- Lewis-Beck, M. S., Bryman, A., & Liao, T. F. (2004). Purposive Sampling. In L.-B. Michael, B. Alan, & L. Tim (Eds.), *The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods* (Vol. 3). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, *40*(8), 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- MedicinRådgivningen, -. s. t. u. (u.å). Om os.
- Moran, D. (2000). *Introduction to phenomenology*. New York;London;: Routledge.
- NICE. (2009, 28. October). Depression in adults: recognition and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- NICE. (2022). Depression in adults: treatment and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Nielsen, M., Hansen, E. H., & Gøtzsche, P. C. (2011). What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addiction (Abingdon, England)*, *107*(5), 900-908. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03686.x
- Ostrow, L., Jessell, L., Hurd, M., Darrow, S. M., & Cohen, D. (2017). Discontinuing Psychiatric Medications: A Survey of Long-Term Users. *Psychiatr Serv*, *68*(12), 1232-1238. doi:10.1176/appi.ps.201700070
- Papp, A., & Onton, J. A. (2018). Brain Zaps: An Underappreciated Symptom of Antidepressant Discontinuation. *Prim Care Companion CNS Disord*, *20*(6). doi:10.4088/PCC.18m02311
- Phillips, L. (2015). Diskursanalyse. In *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 297-320).

- RADS. (2015). Behandlingsvejledning inklusiv lægemiddelrekommandation for medicinsk behandling af unipolar depression.
- Read, J. (2020). How common and severe are six withdrawal effects from, and addiction to, antidepressants? The experiences of a large international sample of patients. *Addict Behav*, *102*, 106157. doi:10.1016/j.addbeh.2019.106157
- Read, J., Cartwright, C., & Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research*, *216*(1), 67-73. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.042>
- Read, J., Cartwright, C., & Gibson, K. (2018). How many of 1829 antidepressant users report withdrawal effects or addiction? *International journal of mental health nursing*, *27*(6), 1805-1815. doi:10.1111/inm.12488
- Read, J., Gee, A., Diggle, J., & Butler, H. (2019). Staying on, and coming off, antidepressants: The experiences of 752 UK adults. *Addict Behav*, *88*, 82-85. doi:10.1016/j.addbeh.2018.08.021
- Read, J., Renton, J., Harrop, C., Geekie, J., & Dowrick, C. (2020). A survey of UK general practitioners about depression, antidepressants and withdrawal: implementing the 2019 Public Health England report. *Ther Adv Psychopharmacol*, *10*, 2045125320950124. doi:10.1177/2045125320950124
- Read, J., & Williams, J. (2018). Adverse Effects of Antidepressants Reported by a Large International Cohort: Emotional Blunting, Suicidality, and Withdrawal Effects. *Curr Drug Saf*, *13*(3), 176-186. doi:10.2174/1574886313666180605095130
- Ruhe, H. G., Horikx, A., van Avendonk, M. J. P., Groeneweg, B. F., & Woutersen-Koch, H. (2019). Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *The Lancet Psychiatry*, *6*(7), 561-562. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366%2819%2930182-8>

SDU. (2021). Databeskyttelse på SDU. Retrieved from

https://www.sdu.dk/da/om_dette_websted/databeskyttelse

Shoenberger, D. (2002). Discontinuing paroxetine: a personal account. *Psychother Psychosom*, 71(4), 237-238. doi:10.1159/000063650

Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & health*, 11(2), 261-271. doi:10.1080/08870449608400256

Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing Interpretative Phenomenological Analysis. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology: Theories and methods* (pp. 218-240). London: Sage.

Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2022). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research* (2nd ed.). London: SAGE.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp. 54-81). London: SAGE.

Stockmann, T., Odegbaro, D., Timimi, S., & Moncrieff, J. (2018). SSRI and SNRI withdrawal symptoms reported on an internet forum. *Int J Risk Saf Med*, 29(3-4), 175-180. doi:10.3233/jrs-180018

Sundhedsdatastyrelsen. (2021). Antipsykotika. Retrieved from

<https://www.esundhed.dk/home/emner/laegemidler/antipsykotika#tabpanel1AFCFF35E842F4B6C9B086F6667E86F11>

Sundhedsministeriet. (2014). Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9899>

- Sundhedsstyrelsen. (2020). Den Nationale Rekommandationsliste: Farmakologisk behandling af angsttilstande. Retrieved from https://www.sst.dk/-/media/Viden/Laegemidler/Rekommandationsliste/Farmakologisk-behandling-af-angsttilstande/NRL-angst/Farmakologisk-behandling-i-almen-praksis-af-angsttilstande_2020.ashx?la=da&hash=3E8E69079E248D184E178CDF746E4EDB5CEA13F9
- Sundhedsstyrelsen. (2021). Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Retrieved from https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx?sc_lang=da&hash=5C9A9A81483F6C987D5651976B72ECB2
- Sørensen, A., Juhl Jørgensen, K., & Munkholm, K. (2022). Clinical practice guideline recommendations on tapering and discontinuing antidepressants for depression: a systematic review. *The Adv Psychopharmacol*, 12, 20451253211067656. doi:10.1177/20451253211067656
- Thompson, C. (1998). Discontinuation of antidepressant therapy: Emerging complications and their relevance. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(10), 541-548. doi:10.4088/JCP.v59n1009
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851. doi:10.1177/1077800410383121
- van Geffen, E. C. G., Hugtenburg, J. G., Heerdink, E. R., Van Hulten, R. P., Egberts, A. C. G., Population-based studies of drug treatment: from molecule to patient, o., & wetenschappen, D. F. (2005). Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: tapering versus abrupt discontinuation. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 61(4), 303-307. doi:10.1007/s00228-005-0921-x

- Van Leeuwen, E., Anthierens, S., van Driel, M. L., De Sutter, A., De Beir, R., & Christiaens, T. (2022). Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term antidepressant use, a qualitative study. *Acta Clin Belg*, 1-8. doi:10.1080/17843286.2021.2024384
- Videbech, P. (2021a). Aftrapning af antidepressiva. Retrieved from <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/318750>
- Videbech, P. (2021b). Ophørssymptomer ved antidepressiv medicin. Retrieved from <https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/abstinenssymptomer.htm>
- Wahlgren, B., Jacobsen, B., Kauffmann, O., Madsen, M. B., & Schnack, K. (2018). *Videnskabsteori - Om viden og forskning i praksis (iBogsudgave)* (3 Ed.). <https://studybox.dk>: Hans Reitzels Forlag.
- Warner, C. H., Bobo, W., Warner, C., Reid, S., & Rachal, J. (2006). Antidepressant discontinuation syndrome. *American Family Physician*, 74(3), 449-456. Retrieved from <https://go.exlibris.link/G3tPYT12>
- White, E., Read, J., & Julo, S. (2021). The role of Facebook groups in the management and raising of awareness of antidepressant withdrawal: is social media filling the void left by health services? *Ther Adv Psychopharmacol*, 11, 2045125320981174. doi:10.1177/2045125320981174
- Whittlestone, K. W. (2021). *Hvordan man fra et fænomenologisk perspektiv kan anvende semi-struktureret interview til at undersøge, hvordan det opleves at have udfordringer ved at trappe ned i antidepressiv medicin?* Kandidatuddannelsen i Psykologi. Syddansk Universitet. K07: Anvendt metode 12 (kvalitativ) (upubliceret).
- WHO. (2021). Depression. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

WHO. (2022). Mental disorders. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>

Wilson, C. (2020). The long and winding road of discontinuing long-term use of antidepressants: Learning from my experience. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 27(6), 850-856.
doi:10.1111/jpm.12623

Zajecka, J., Tracy, K. A., & Mitchell, S. (1997). Discontinuation symptoms after treatment with serotonin reuptake inhibitors: A literature review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(7), 291-297. doi:10.4088/JCP.v58n0702