

Psykedelisk behandling af angst, depression og traumer

En antropologisk undersøgelse af patienters erfaringer



Af Sophia Kruselinne
Speciale i medicinsk antropologi, forår 2023
Institut for Antropologi, Københavns Universitet
Antal anslag: 149.530

Vejleder: Helle Samuelson

Indhold

| | |
|--|-----------|
| Abstract | 3 |
| Tak til | 5 |
| Formaliteter | 6 |
| Prolog | 8 |
| Indledning | 10 |
| <i>Psykedelikas rolle i psykiatrisk historie</i> | 11 |
| <i>Antropologiens rolle i psykedelisk historie</i> | 12 |
| <i>Problemformulering</i> | 14 |
| <i>Introduktion til specialets kapitler</i> | 14 |
| Metode | 16 |
| <i>Et antropologisk projektdesign opstår</i> | 16 |
| <i>Diversitet blandt informanter</i> | 17 |
| <i>Interviews</i> | 18 |
| <i>Deltager-observation</i> | 19 |
| <i>Digitale metoder</i> | 19 |
| <i>Etiske overvejelser</i> | 20 |
| Kapitel 1 | 22 |
| <i>Det empiriske grundlag</i> | 22 |
| <i>Psykedelisk behandling</i> | 22 |
| <i>Patienter, der anvender psykedelika</i> | 25 |
| <i>Psykedeliske fællesskaber</i> | 28 |
| Kapitel 2 | 30 |
| <i>Fravalg er også et valg</i> | 30 |
| <i>Patientliggørelse</i> | 30 |
| <i>Biosocialitet i fællesskaberne</i> | 33 |
| <i>Flikkeri med doser</i> | 36 |
| <i>At søge efter den rette kur; at finde den rette pleje</i> | 37 |
| <i>Økonomi er et vidt begreb</i> | 39 |
| <i>Delkonklusion</i> | 41 |
| Kapitel 3 | 43 |
| <i>Markedet</i> | 43 |
| <i>Ansvarlighed brugere i mellem</i> | 45 |
| <i>Ansvar mellem behandlere</i> | 47 |
| <i>Gensidighed mellem patient og behandler</i> | 49 |
| <i>De tre faser</i> | 51 |
| <i>Overvejelse – den indledende fase</i> | 52 |
| <i>Udførelse</i> | 53 |
| <i>Integration – den efterfølgende fase af behandlingen</i> | 56 |
| <i>Ulighed i baggrund – ulighed i sundhed</i> | 58 |
| <i>Delkonklusion</i> | 61 |
| Konklusion | 63 |
| Noter | 67 |
| Litteratur | 68 |
| Links | 70 |
| Appendix | 73 |

Abstract

This master thesis revolves around the psychedelic therapeutic milieu in Denmark, as it discusses how the concept of care can be used to understand some patients' reasons for turning down conventional medicine such as SSRI products and other psychopharmaca offered by publicly accessible psychiatry or their general practitioner. This, since the conventional medicine, due to long waiting lists, in most instances means medication with no therapy or communication with professionals, which leaves people 'well medicated' but with side effects, such as unwanted weight gain, the absence of both negative and positive emotions and signs of addiction with symptoms of withdrawal, when patients try to adjust doses.

Based on 24 interviews with 19 informants, of which 14 are patients suffering from symptoms related to depression, post-traumatic stress disorder and anxiety, and 5 are facilitators, the thesis shows how elements of psychedelic treatment in their perspectives make life better, than had it been without. This, since the personal relations that are built on biosociality in both groups and between patients and therapists make possible an acceptance of continuous care instead of an actual cure.

Patients and facilitators have disclosed four types of treatment, which includes self-care on micro- and macrodoses and assisted therapy alone or in groups. The element of care is present even when treatment is administered in solitude: it either expresses itself as self-care when patients microdose, or as feelings that resembles love from a living being when taking higher doses of the medicine. In assisted therapy patients experience care from their facilitators through verbal and physical communication, while also feeling connection to others that may participate in treatment.

In preparation for assisted therapy, patients are asked to set an intention for treatment, which should be remembered and practiced in the weeks prior to treatment. In this period, facilitators may also ask patients to go on restricted diet and adjust other parts of everyday life.

When in therapy, the memorized intention can be repeated as patients undergo the psychedelic experience.

After treatment, another aspect of therapy may begin, when patients are invited to share and evaluate their experience with facilitators, therapist or other participants, if these are present. This part is called integration.

Preparation and integration are valuable parts of psychedelic treatment, without which the therapeutic outcome may never present itself. Few informants prefer doing these parts of treatment in solitude, but still insist on the importance of the work.

When patients participate in integration with peers, they may in some groups form what can be described as biosocial groupings, in which they turn away from notions of sickness and instead focus on the healing elements of treatment. A similar event takes place online, when patients enter digital bio-societies, in which they may seek advice on administration of doses. Some groups are meant for recreational use, which means that bio-societies in these only exists for a limited time, while a post is still active, while other groups have medical or psychological intentions only and therefor exists as digital bio-societies in and of themselves. Both make way for patients' tinkering with medicines.

The psychedelic therapeutic market is in most cases illegal in Denmark, which according to facilitators means that regulations come from the field internally. Ethical considerations between facilitators may exclude ones with unwanted, unethical behavior, while caring relations among users may help on more considered use.

The equity in health in the psychedelic field resembles that of the public Danish society, as high prices still keep the worst-off patients from being treated professionally.

The thesis finds ground to move away from definitions as care vs. cure and sick vs. healthy since patients found that life had bettered, even if they were reluctant to describe themselves as cured.

Keywords: medical anthropology / psychedelic / therapy / biosociality / care / cure / health equity

Tak til

Tak til mine informanter, der har åbnet deres hjem og sind for mig og derigennem tilladt mig træde ind i en virkelighed, der ligger langt fra den hverdag, jeg til dagligt bevæger mig i.

Tak til min vejleder Helle Samuelsen, der har formået at spore mig ind på termer, der fik feltarbejdet til at give mening på nye måder.

Tak til mine nærmeste for at støtte mig i en tid, hvor det spirrende liv i min mave ofte stjal min energi, når jeg troede jeg endelig kunne holde fri fra skrivearbejdet og give dem min opmærksomhed. Og tak til det spirrende liv, for at tillade mig at gennemføre et feltarbejde og skrive et speciale indenfor en felt, jeg er kommet til at holde meget af – jeg har af flere omgange troet, du ville nægte mig at gennemføre. Tak for kampen, jeg glæder mig til at møde dig.

Specialet har til formål at undersøge hvad der får patienter til at søge bort fra konventionel behandling, samt hvad de finder, når de i stedet søger mod det psykedeliske felt. Det er mit håb, at jeg kan forklare dette på faglig relevant vis, og samtidig udvise respekt for mine informanter. Det har de i den grad fortjent. Jeg har været berørt af hver en historie, jeg har fået fortalt, og ser det som min pligt at udarbejde et materiale, der lever op til deres forventninger.

Formaliteter

Specialet vil indeholde felt-specifikke termer. Herunder kan nævnes *antidepressiva*, som er betegnelser for konventionelle medicinske præparater, der anvendes i behandling mod depression. *Psykofarmaka*, også brugt under konventionel behandling, er præparater der ligeledes bruges til behandling af svær depression samt problemstillinger som angst, OCD mfl. Psykofarmaka er beskrivende for en større gruppe af mediciner, der bruges i behandling af psyken.

Psilocybin er et aktivt stof i svampe, der bruges som medicin indenfor det psykedeliske felt. Det er hallucinogent, hvilket betyder at brugere kan opleve forvrængning af sanser, herunder syn. *Psilocybin* medfører ændret bevidsthedstilstand. Det samme gør sig gældende for *LSD*, som er et kemisk fremstillet stof. Begge er kendt som 'klassiske psykedelika', der længe har været anvendt terapeutisk. Andre klassiske psykedelika, der vil blive beskrevet er *DMT*, det aktive stof i bl.a. *ayahuasca*, som er en bryg lavet på plantedele. *DMT* kan, som *LSD*, også fremstilles kemisk (Hovmand 2021).

I specialet nævnes også brug af *MDMA*, som er en nyere kategori også ofte betegnet psykedelika, til trods for at stoffet i sin rene form ikke er hallucinogent på samme måde (ibid).

Jeg omtaler ovennævnte som både medicin og stoffer. Generelt brugte mine informanter oftere betegnelsen medicin, når de henviste til psykedelisk behandling.

Herudover nævnes patienters diagnoser. Diagnoserne i sig selv er ikke det vigtigste undersøgelsesområde for dette speciale, da det er antropologisk og ikke decideret sundhedsfagligt. De har alligevel vist sig relevante i valget af psykedeliske behandlingsformer, hvorfor de alligevel er medtaget. Diagnoser inkluderer *depression*, der viser sig som manglende følelser af glæde og nedtrykthed over længere tid (sundhed.dk 2023:1), *posttraumatisk stress-syndrom* (PTSD), der kan forklares som belastnings-reaktioner efter traumer (sundhed.dk 2023:2) samt *angst*, der er en sygelig reaktion på begivenheder, der ikke for andre opleves som så farlige, som de fremstår for patienten (sundhed.dk 2023:3).

Til visse sammenligninger mellem kroniske mentale lidelser har jeg anvendt diabetes og midler til behandling af dette for at fremme forståelsen. *Diabetes* eksisterer i flere former, dog bruger jeg her type 1, som er en autoimmun sygdom, der kræver behandling med insulin resten af patientens liv (videncenterfordiabetes.dk 2022).

Jeg har for læsevenlighedens skyld valgt at oversætte engelske begreb til danske gloser. Det vil fremgå som *begreb* (efterfulgt af måden), begrebet oprindeligt har lydt.

Interviewcitater er angivet som:

”indrykket sætning i gåseøjne, efterfulgt af informationer om” (citat, navn og behandlet lidelse)

Citater fra forfattere er i teksten angivet ”*i gåseøjne og kursiv*” (efterfulgt af navn og udgivelsesår), så det fremgår tydeligt, hvornår sætninger ikke er konstrueret af mig.

Prolog

Jeg mødte Jannik første gang på årets første rigtige efterårsdag. Dette til trods for at vi stadig befandt os i kalenderens sidste sommermåned. Regnen silede ned, da jeg cyklede hen til vores mødested, og vi var begge våde fra yderst til inderst, da vi mødtes. Jannik var ivrig efter at fortælle fra start, så jeg glemte hurtigt at jeg var gennemblødt og kold. Hans øjne skinnede: ”jeg mikrodoserer faktisk lige nu”, sagde han. Jeg overvejede om det var dét, der var årsag til ilden i hans øjne, og jeg var spændt på at høre mere.

Han var ca. 20 år ældre, end jeg. Vokset op i København, og barn af meget unge forældre, som ifølge ham selv måske ikke altid havde *set* ham. I skolen var Jannik blevet et mobbeoffer, der manglede anerkendelse fra lærere og andre elever, og han beskrev for mig at det var en tid, hvor man ikke havde haft øje for, hvordan børnene havde det i hjemmet. Som sådan trivedes han også udadtil indtil langt senere i livet, da han var blevet færdiguddannet og gift. Da ramte det ham en dag, som et lyn fra en klar himmel – stress, depressive tanker og en angst, der i perioder paralyserede ham. Historien om hans opvækst fortalte han mig første gang vi mødtes. I de efterfølgende måneder havde vi flere både formelle og uformelle samtaler, og det var først langt senere, han åbnede op for hvilke traumer, der egentlig spøjte i hans sind.

Jannik opsøgte sin praktiserende læge efter et voldsomt angstanfald, og på dennes anbefaling startede Jannik i behandling med antidepressiv medicin:

”Den eneste effekt, det havde, det var simpelthen at jeg følte at jeg trak sådan en osteklokke ned over hovedet. Jeg var ikke sur, jeg var ikke glad... jeg var faktisk slet ikke til stede.” (citater, Jannik, depression, stress og angst)

Jannik ønskede at afslutte behandlingen, men ved et møde i sygedagpengeafdelingen blev han mødt med en besked om, at hvis han ønskede at modtage økonomiske ydelser, måtte han tage imod det behandlingstilbud, som kunne tilbydes i offentligt regi.

”Nåhmen, hun sagde, at hvis ikke jeg tog piller for det, så var jeg ikke ’syg nok til at være syg’, så hun raskmeldte mig på stedet, ikke. Så det var jo fantastisk. Det var min første oplevelse med sygedagpengeafdelingen.”

Jannik oplevede så slemme bivirkninger fra medicinen, at han trods truslen om at miste sin ret til sygedagpenge, alligevel besluttede at afslutte behandlingstilbuddet. Han vendte derved tilbage til arbejdsmarkedet, før han følte sig klar til det. I samme periode begyndte han i stedet at søge efter naturmedicin mod depression på Google. Det ledte ham frem til artikler om mikrodosering af psykedeliske svampe, og snart førte hans søgen ham ind i et fællesskab på Facebook.

”Jeg skrev derinde om der var nogen der havde erfaring med det og hvordan og hvorledes. Og så kom jeg så i kontakt med én, og så købte jeg nogle kapsler af ham,”
(citater, Jannik, depression, stress og angst)

Dette blev hans indgang til et alternativt behandlingsforløb, der inkluderede både små og høje doser psykedeliske stoffer, både som selvmedicinering og senere i et terapeutisk samarbejde, som tillod ham en livsforandrende forståelse af hans oplevede verden. En forståelse, som han hidtil ikke havde fundet i sin omgang med læger eller medicinske præparater i den offentlige sundhedssektor:

”Det er en fantastisk gave at få lov til at opleve. At det kan man godt [elske sig selv]. Altså det der med at se, at det er faktisk muligt” (citater, Jannik, depression, stress og angst).

På de næste sider vil jeg vende tilbage til Janniks historie, ligesom jeg vil introducere til andre patienters oplevelse af en ikke-konventionel behandlingsform.

Indledning

Dette kandidatspeciale kommer til at tage afsæt i særligt én informants søgen efter heling i en verden af psykedelisk behandling, eftersom hans grunde til at fravælge offentlige sundhedstilbud til fordel for privat psykedelisk behandling, gik igen blandt en stor del af mine informanter. Gennem hans og andre patienters erfaringer, vil jeg vise hvordan psykedelisk behandling i Danmark kommer til udtryk i nutiden og hvorfor denne behandlingsform af nogen foretrækkes fremfor konventionel medicinsk behandling i det offentlige danske sundhedsvæsen. Konventionel behandling skal i denne undersøgelse forstås som den terapi og medicin, der tilbydes gennem patienters alment praktiserende læge samt i psykiatrien i den offentlige sundhedssektor.

Mange patienter i det offentlige sundhedsvæsen er tilfredse med den behandling, de modtager. Denne patientgruppe er ikke medtaget i specialet. Jeg har ikke haft til hensigt at antyde at patienter generelt ikke føler sig mødt i det danske sundhedsvæsen.

Gennem de seneste 10-15 år har psykedelisk behandling fået en ny rolle i både det internationale, men også nationale, samfund. Dette har vist sig ved bl.a. ny forskning fra større universiteter (herunder kan nævnes John Hopkins University, Imperial College London, Aalborg Universitet og Københavns Universitet) til behandling af symptomer som depression (Wiley m.fl. 2021), traumer (Mohamed m.fl. 2022), angst og tvangshandlinger (Moreno m.fl. 2006) samt fysiske smerter som klyngehovedpine (Madsen m.fl. 2022) og anden kronisk smerte (Castellanos m.fl. 2020). Større medicinalvirksomheder (herunder danske Lundbeck) investerer i forskning relateret til psykedelika (lundbeckfonden.dk 2020), og i mediebilledet ses flere dokumentarer vist på populære og let tilgængelige platforme som eksempelvis Netflix og DR TV. Både dokumentarer og forskning søger at finde svar på hvorvidt psykedelika kan træde i stedet for eller komplementere konventionel medicinsk behandling af førnævnte lidelser. Denne positive tilgang til brugen af og forskning i psykedelisk assisteret terapi har dog ikke altid været bredt accepteret – ej heller har stofferne været lovlige.

Hvilke bevæggrunde, der gør at patienter alligevel vælger denne alternative behandlingsform, har gjort det relevant at undersøge antropologisk, bl.a. idet jeg fandt at begrebet *biosocialitet* kunne bruges til at forstå, hvad patienter beskrev som mere tilfredsstillende behandling i det illegale miljø.

Psykedelikas rolle i psykiatrisk historie

Psykedelikas historie er relevant for dette speciale, idét den også har været gennemgående relevant for de af mine informanter, der lever i en virkelighed, hvor den medicin, de oplever har potentiale til at redde deres liv, er blevet udkældt og ulovliggjort.

De hallucinogene stoffer har dog ikke altid vækket negativ genklang, og da de i Vesten blev taget i brug i behandlingsrum og på universiteter 1920'erne (Nichols og Walter 2021, 152), var det med henblik på at indtag af eksempelvis syntetiseret mescaline (et kunstigt skabt stof, der efterlignede den molekylære opbygning og effekt af det psykoaktive stof i peoety-kaktussen, primært brugt af indianske stammer i religiøse sammenhænge) kunne give indblik i hvordan det var at leve med psykoser og psykiske lidelser som skizofreni, samt hvorvidt symptomerne (fra mescaline eller lidelser) kunne undertrykkes gennem mental træning (ibid).

Nogle år senere fulgte opdagelsen af LSD-25. Kemikeren Albert Hoffmann opdagede ved et tilfælde at én af hans tidligere skabte kemiske forbindelser havde stort psykoaktivt potentiale. Hoffmann arbejdede ved medicinalvirksomheden Sandoz, hvilket blev afgørende for at stoffet hurtigt blev set og brugt som salgsaktiv af virksomheden. LSD-25 var mere potent, og derved billigere i brug, end mescaline, hvorfor stoffet fra da af blev det primært brugte i psykiatriske undersøgelser (Nichols og Walter 2021, 153). Stoffet blev markedsført som både psykosefremkaldende og som mulig hjælp under terapeutiske sessioner, idet det skulle gøre det lettere at fremkalde undertrykte minder (ibid).

Gennem 1960'erne, var både behandlere og forskere håbefulde for det potentiale, stofferne besad, og snart brugtes de til behandling af både alkoholisme og andre afhængigheder (Nichols og Walter 2021, 159). To forskellige former for terapi med LSD-25 blev udført i de følgende år: den ene kendt som psykolytisk, den anden psykedelisk. Hvor psykolytisk terapi krævede små doser og længerevarende behandling, gav man under psykedelisk terapi patienterne højere doser, som viste sig at have en umiddelbar effekt, der holdt ved i uger (ibid, 160). Eksempler på begge behandlingsformer findes endnu den dag i dag, om end under andre navne. Disse vil kunne ses i min beskrivelse af psykedeliske terapiformer i afsnittet '*Psykedelisk behandling*' (s. 22).

I midten af 1960'erne udførtes psykedelisk assisteret terapi med LSD-25 mod dødsangst ved terminale sygdomme – dog valgte Sandoz at stoppe distribueringen af stoffet, da man oplevede en såkaldt "ikke-forudsigelig reaktion" fra den amerikanske befolkning (Nichols og Walter 2021, 163).

Stoffet var på daværende tidspunkt også brugt rekreativt af især den yngre del af befolkningen, hvorefter de ifølge myndigheder ikke længere opførte sig hensigtstæmmet for deres omgivende samfund. Dette resulterede yderligere i at ingen nye forsøg med LSD-25 blev godkendt, og at den amerikanske regering erklærede krig mod stofferne (*the war on drugs*) (ibid).

Også i Danmark fik forsøgene for en tid en ende – dette dog ikke relateret til den amerikanske modstand mod psykedelika, men fordi nogle forsøg på Frederiksberg Hospital med høje doser LSD til mennesker (hvoraf nogle havde alvorlige psykiske sygdomme) uden efterfølgende terapi ledte til at flere individer oplevede traumatisering som følge af behandlingen (Erritzøe og Richards 2017, 487). Forsøgene løb fra 1960 til 1976 – i 1980'erne begyndte søgsmålene at ramme den danske stat (ibid).

Stoppet i psykiatriske forsøg og behandling med psykedelika i Amerika blev fastholdt frem til 1990'erne, hvor daværende præsident George W. Bush erklærede at de efterfølgende år skulle blive 'Hjernens årti' (Langlitz 2012, 10). Godkendelser til forsøg og midler til forskning strømmede igen ind (Nichols og Walter 2021, 163). Denne gang lå fokus også udenfor patienten selv:

Den amerikanske psykolog Betty Eisner (1997) satte efter flere års erfaring med psykedelisk behandling ord på, at også elementer udenfor terapirummet havde indflydelse på patientens helingsforløb. *Matrixet* omfatter hvilket miljø patienten kommer fra og tager tilbage til efter endt behandling (ibid, 215), og her får antropologien (og dermed mit arbejde) en fremtrædende rolle, når det undersøges hvordan patienters nærmiljø og leveforhold bl.a. er medbestemmende for valg af behandlingsform, hvordan de lever med forberedelser i ugerne op til behandling samt hvordan de efterfølgende finder ny mening i deres lidelser i tolkningen af tilegnede psykedeliske erfaringer.

Førnævnte administreringer af LSD, der foregik på Frederiksberg Hospital mellem 1960 og 1976, er et eksempel på en ikke-velfungerende matrix: under forsøgene blev der ikke taget højde for ophav og alvorlige psykiske lidelser, under administrering blev patienterne overladt til sig selv i mørke, aflåste lokaler og muligheden for efterfølgende integration¹ var taget fra dem. Det terapeutiske element var fjernet.

Antropologiens rolle i psykedelisk historie

Antropologisk forskning i brugen af psykedelika har været gennemgående, også udenfor 'populære tidsperioder' indenfor andre felter – dette også fordi plantemedicin, indeholdende psykoaktive stoffer,

har været brugt på tværs af kulturer i århundreder. Heriblandt hos stammefolk fra afsidesliggende områder i verden, som antropologer historisk set har yndet at studere. Antropolog fra Stanford University Jeremy Narby (1999) er et eksempel herpå. Under et flerårigt feltarbejde hos stammefolk i Peru, blev han for første gang introduceret til en stærkt hallucinerende plantemedicin, hvilket i efterfølgende år inspirerede ham til at undersøge shamanisme og brugen af psykedelika på tværs af kulturer. Eduardo Kohn (2016), professor ved McGill University, blev ligeledes introduceret til en verden, der forbandt menneskelig psyke tæt til natur, da han levede med Runa-folket i Ecuadors skove. Et nært beslægtet felt, *Science, Technology and Society studies*², har med Ido Hartogsohns (2020) ord vist os psykedelikas historie i amerikansk perspektiv.

I Danmark er også nyere antropologisk forskning kommet til. Antropolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning, Margit Anne Petersen (2022;2021) har i de seneste år studeret danskernes oplevede effekt af både små og høje doser psykedelika, både som rekreativt stof og i terapeutisk praksis. Sidstnævnte er samme felt, som dette speciale vil bevæge sig indenfor, eftersom interviewede brugere og facilitatorer har haft terapeutisk effekt for øje i omgang med stofferne.

Petersen og kolleger har ydermere set nærmere på hvordan oplevelsen af det hellige og sekulære er af betydning for hvordan psykedelisk behandling omtales og udføres i praksis (Petersen mf. 2022:2). Det danske samfund, mere sekulært i forhold til et land som Peru, har en anden tilgang til psykedelisk behandling, hvilket kan have betydning for hvordan psykedeliske oplevelser fortolkes.

At blive diagnosticeret med langvarige psykiske lidelser, kan ændre patienters og pårørendes opfattelser af hvad der er 'normalt' – på samme måde som den kroniske sygdom diabetes kræver en livstilsændring og muligvis livslang medicinering, kan det at blive diagnosticeret med depression betyde at patienter stilles overfor valget om at skulle indtage medicin dagligt. Dette på ubestemt tid, da præparater mod depression, på samme måde som insulin mod diabetes, ikke kurerer, men derimod holder tilstanden stabil.

Etnograf og filosof fra University of Amsterdam Annemarie Mol (2008) har baseret sin forskning på pleje af diabetespatienter i Holland og har herigennem formet en teori om hvorledes *dét, at kurere* (cure) stiller sig overfor *dét, at pleje* (care), og hvorvidt elementer som kommunikation og *patienters valg* (patient choice) er afgørende for det, hun opfatter som *god pleje*. Mol argumenterer for at pleje af kronisk sygdom involverer både en aktiv patient og dennes relation til et *hold af plejere* (care team). Dette vil undervejs i specialet blive overført til psykiske udfordringer, når jeg viser hvordan

patienter, der anvender psykedelika, gennem en tæt relation til deres terapeuter, finder lindring af symptomer, der ikke kunne kureres med konventionel medicinsk behandling.

Problemformulering

I takt med at flere i dag tilsyneladende vender sig mod psykedelisk medicin, dette både i praksis, i populærkulturen og i forskningsøjemed, er det derved blevet aktuelt at undersøge om stigningen i brugen blandt patienter kan skyldes utilfredshed med offentlige sundhedstilbud eller en søgen mod behandling, der indeholder mere menneskelig kontakt, end let tilgængelig, konventionel medicin. Jeg vil gøre dette ved at spørge:

Hvad motiverer mennesker med psykiske udfordringer til at opsøge privat psykedelisk behandling og hvordan vurderer de denne behandlingsform i forhold til tidligere erfaringer med behandling indenfor det offentlige danske sundhedsvæsen?

Introduktion til specialets kapitler

Specialet vil efter denne indledning give en oversigt over de metoder, der er brugt under feltarbejdet, herunder forskellige observations- og interviewtyper, samt de etiske overvejelser jeg gjorde mig forud for, under og efter feltarbejdet.

Herefter følger et kapitel, der vil introducere til specialets empiriske grundlag. Kapitlet vil indeholde en simplificeret kategorisering af informanter, jeg vil beskrive det psykedeliske miljø, jeg har oplevet under feltarbejdet samt redegøre for hvordan psykedelisk behandling blev bedrevet i tiden under mit arbejde.

Da følger et analytisk kapitel, der først giver indsigt i hvordan et tilvalg af psykedelisk behandling måske nærmere er et fravalg af de behandlingstilbud, der gives gennem patienters praktiserende læger, og hvorfor disse tilbud ikke opfattes som relevante for informanterne. Dette leder videre til at se nærmere på de alternativer, der findes indenfor det psykedeliske felt, når *biosocialiteter* bruges til at forklare hvordan patienter finder relationer udenfor terapirummet, der hjælper dem i deres søgen efter et bedre liv. Dette bedre liv skal måske ikke tolkes som et raskt liv, men som et liv, der med den rette pleje, kan leves uden uudholdelige symptomer.

Næste analytiske kapitel vil gå dybere ind i den psykedeliske behandling og undersøge hvilke elementer, patienter beskriver som de mest effektive i søgen på heling. Kapitlet vil dele den

psykedeliske behandling op i tre faser; indledende, udførende og efterfølgende behandling, og vise hvordan hver af disse indeholder arbejde for patienten, som kræver involvering fra både behandlere og patienters side. Dette fører til en diskussion af forskellige former for *ansvar*, hvilket leder videre til en forståelse af hvad der i behandleres perspektiv regulerer det illegale, psykedeliske marked. Kapitlet slutter af med at diskutere hvorvidt de interviewede har oplevet lighed i sundhed indenfor både det psykedeliske felt og i det offentlige, danske sundhedsvæsen.

Kandidatspeciale i medicinsk antropologi fra Københavns Universitet ”No Magic Pill” af Sidsel Marie Henriksen (2022) har undersøgt efterfølgende integration af psykedelisk behandling, mens førnævnte Margit Anne Petersen har undersøgt psykedelika primært i forhold til teknologier for selvudvikling (Petersen m.fl. 2022:1) og rekreative udfoldelser (Petersen m.fl. 2022:1). Begge efterspørger mere viden på området, som på sigt vil kunne hjælpe også andre fagligheder til bedre at forstå brugere og facilitatorer af psykedelika.

Jeg ønsker med dette kandidatspeciale at kunne bidrage til den nutidige debat om brugen af psykedelika til medicinsk behandling, da min data er baseret på sygdomsnarrativer fra patienter, der har erfaring med både konventionel og psykedelisk behandling, og som derfor mener at vide hvor offentlig behandling ikke er tilstrækkelig. Mens andre fagligheder undersøger og har undersøgt biologiske og psykologiske effekter af psykedelika og måder at udføre terapi på, flere af disse i mere sterile omgivelser på laboratorier og hospitaler, kan antropologien og mit arbejde bidrage ved også at inddrage det *biosociale*. Her det omgivende miljø og de mennesker, der bliver en del af patientens psykedeliske behandling også udenfor terapirummet – tidligere beskrevet matrix (s. 12). Netop heri ligger dette speciales undersøgelser: i forberedelserne *optil*, tiden *under* behandlinger og det sociale indflydelse på patienters oplevede heling *efter*; mere konkret hvad der *omgiver* selve den psykedeliske behandling.

I slutningen af specialet diskuterer jeg hvorvidt den stigende brug af psykedelisk behandling hænger sammen med ulighed i sundhed. Patienters opfattelse af dette samt deres vurdering af hvad det vil sige at være i god, *kontinuerlig pleje* er efter min opfattelse og søgen i publiceret litteratur, ikke blevet undersøgt antropologisk endnu, hvorfor jeg håber, læsere vil finde værdi i mit arbejde.

Metode

Et antropologisk projektdesign opstår

Fra august 2022 og ind i foråret 2023 udførtes det feltarbejde, der ligger til grund for dette speciale. Arbejdet startede dog forud for, da projektdesignet blev formet i foråret 2022. Allerede undervejs i dette forløb, tog jeg kontakt til relevante samarbejdspartnere, så felten vidste, at der snart skulle foretages en antropologisk undersøgelse. Dette var vigtigt i forhold til *transparens* omkring positionering – jeg ønskede at mulige informanter skulle forstå at jeg varetog deres interesser i samme omfang, som jeg varetog mine egne (Bundgaard, Overgaard Mogensen, og Rubow 2018, 126). Jeg håbede i samme ombæring at finde *gatekeepers*, der kunne åbne en afkrog af samfundet, som ellers ville være svært tilgængelig (ibid, 188). Dette især, da der foregår handlinger, som felten ikke ønsker bliver delt på en uhensigtsmæssig måde. Jeg har tidligere vist interesse for det psykedeliske miljø, selvom jeg dog ikke har lavet antropologiske undersøgelser før. Jeg ønskede at de personer, jeg kendte i felten før feltarbejdets begyndelse, vidste at jeg nu kom med et professionelt mål for øje, og at de samtaler, vi ville føre i kommende måneder, ville kunne indgå i mit arbejde.

Jeg kom i kontakt med administratorer fra flere af de største fællesskaber på Facebook, og efter samtaler, hvor jeg udviste respekt for de psykedeliske terapiformer, fik jeg lov til både at dele egne opslag i min søgen efter informanter, ligesom de fra fællesskabernes profiler delte mine hensigter og kontaktoplysninger. Jeg blev mødt af en åbenhed og nysgerrighed på mit antropologiske arbejde, samt hvad jeg tolkede som taknemlighed for at ville undersøge den til tider tabuiserede behandlingsform.

Jeg havde udformet opslagene således, at medlemmer i grupperne kunne se, at en antropolog nu fulgte med i debatterne, samtidig med at de mest relevante informanter ville få mulighed for at kontakte mig med henblik på interview:

”Kære jer.

Jeg er antropologistuderende fra Københavns Universitet. Fra september skal jeg udføre et feltarbejde, som vil ligge til grund for mit speciale i medicinsk antropologi. Jeg søger personer, der har lyst til at deltage i interviews om deres brug af psykedelika til behandling af problemstillinger, som før har været forsøgt behandlet med psykofarmaka.

Jeg er interesseret i at tale med jer, der selvmedicinerer samt jer, der samtidig modtager terapeutisk behandling enten alene eller i grupper, uanset om I har oplevet ønsket effekt eller ej. Behandlere, der arbejder med psykedelisk terapi, vil jeg også meget gerne tale med.

Interviews kan foretages både virtuelt eller fysisk og bliver som nævnt udført fra september. Alle udtalelser anonymiseres med mindre deltagere ønsker andet.

Jeg kan kontaktes på mail: tgk345@alumni.ku.dk

Jeg ser frem til at høre fra jer. Bedste hilsner, ”

Mails og beskeder på platformen begyndte at dukke op samme dag.

Diversitet blandt informanter

Jeg har tilstræbt at finde diversitet i min gruppe af informanter, dette i forhold til køn, alder og socioøkonomisk baggrund. Jeg ønskede ikke at udelukke informanter, der kontaktede mig, men jeg insisterede samtidig på at finde en fordeling, der illustrerede samme form for diversitet blandt brugere af psykedelisk terapi, som jeg skønnede ud fra eksempelvis aktivitet i netværksgrupper på sociale medier og deltagelse i sociale arrangementer. Dette betød at jeg, for at holde en vis fordeling, enkelte gange selv måtte række ud til kvindelige informanter, der havde udvist interesse for mit projekt ved eksempelvis at like eller kommentere mit opslag uden at tage egentlig kontakt per mail eller privat besked.

Jeg rådførte mig med psykedeliske forskere i en netværksgruppe, i håb om at finde en antaget fordeling i køn og alder for brugere af psykedelisk terapi i Danmark. Der findes dog ingen opgørelse over dette på nuværende tidspunkt, da det har været svært at få tilstrækkeligt med brugere til at deltage i surveys, der kan fastslå et sådant tal – formentlig forklaret ved det ulovlige aspekt ved psykedelisk behandling. Jeg fandt imidlertid en dansk udgivet artikel, hvor forskere havde brugt en fordeling på ca. 30% kvinder, resten mænd eller non-binære (Søgaard Juul, Ebbesen Jensen, og Fink-Jensen 2022) samt et andet, dog globalt studie, der havde 25% kvindelige deltagere (Global Drug Survey 2020). Jeg søgte derfor at opnå samme, omtrentlige fordeling. Som det fremgår af min oversigt over informanter i Appendix I (s. 73), kom jeg frem til en fordeling på 26% kvinder, 74% mænd og ingen non-binære.

Interviews

Feltarbejdet bygger på en række samtaler, jeg førte med mine informanter – både uformelle snakke, beskedudveksling på sociale medier og formelle samtaler. Af sidstnævnte endte jeg med 24 optagede interviews, hvor tre af informanterne gik igen, den ene gentagne gange.

De formelle interviews beskrives bedst som semistrukturerede livshistorieinterviews – samtaler, hvor jeg havde forberedt enkelte temaer, jeg gerne ville berøre, men hvor mine informanter blev opfordret til at snakke om det, der nu engang faldt dem ind (Bundgaard, Overgaard Mogensen, og Rubow 2018, 183). Jeg var interesseret i at kende mine informanters baggrund, og jeg forsøgte derfor at guide dem til narrativt at fortælle mig om opvækst, vanskeligheder og behandlingstyper – dette betød at samtalerne ofte varede i omegnen af to timer – den korteste lidt mere end én og den længste omkring tre timer.

Samtaler om psykiske udfordringer og oplevelser med psykedelika kan være tunge og energikrævende. Jeg havde derfor fra start sat mig for kun at udføre ét interview dagligt, og aldrig have en bagkant, hvis jeg kunne mærke at nogle patienter havde mere på hjerte. Alle var dog informeret om at de kunne regne med at skulle sætte nogle timer af.

Informanter blev informeret om specialets fokusområde. Informanter fra Jylland mødtes jeg med på platformen Zoom. Her fik jeg mundtligt samtykke til at bruge deres udtalelser i mit arbejde. Folk på Sjælland mødtes jeg med fysisk – disse fik jeg til at underskrive en samtykkeerklæring fra Københavns Universitet, som forklarede dem om deres ret til anonymitet ift. gældende GDPR-lovgivning, samt mulighed for tilbagekaldelse af accept. Opbevaring af disse beskrives nærmere i afsnittet *'Etiske overvejelser'*.

Der var dog en mærkbar forskel på de interviews der blev foretaget virtuelt og fysisk. Interviews foretaget over Zoom var oftere kortere end de fysiske, og graden af formalitet var sværere at nedbryde, dette muligvis fordi et ikon i programmet vedblev at gøre os opmærksomme på, at samtalen blev optaget. Interviews foretaget fysisk i informantens hjem blev hurtigere trygge, end interviews gennem Zoom eller i offentligheden. Dette muligvis også fordi vi samtidig kunne dele en kande thé, ligesom informanter ikke blev påvirket af støj fra omgivelser eller lignende.

Jeg oplevede fra flere, at de i deres første kontakt til mig skrev, at de 'havde overvejet brug af psykedelisk behandling' – i samtalen viste det sig dog at de havde benyttet sig heraf gennem længere

tid. Om de først under vores samtale følte tillid nok til at fortælle, eller om de frygtede at andre måske kunne læse deres beskeder, ved jeg ikke. Af samme grund undgik jeg til hver en tid at skrive om brug af ulovlige stoffer direkte i beskedudvekslinger.

Forud for samtaler med de fem psykedeliske behandlere har jeg brugt tid på at gennemlæse deres hjemmesider og behandlingstilbud. Dette har sparet mig tid i samtalerne og vist respekt overfor deres virke. På hjemmesider har jeg oplevet at der er blevet holdt igen med direkte information om psykedelisk behandling, mens jeg i deres private facebookgrupper har mødt stor ærlighed. De private facebookgrupper kræver godkendelse, før opslag kan læses. Jeg oplever derfor at behandlere ser disse grupper som mere trygge fora.

Deltager-observation

Under interviews med både behandlere og patienter blev jeg inviteret til at deltage i sessioner eller ceremonier, hvor der blev arbejdet med psykedelika. Da det var et krav for deltagelse, at alle gæster skulle indtage medicinen, var det ikke muligt for mig at deltage i ceremonier.

Jeg blev dog også inviteret til dét, der er kendt som integrations- eller delecirkler og gåture, hvor jeg kunne få lov at følge mine informanter på en mere uformel måde. Jeg oplevede at der i disse fora var bedre plads til snak, der ikke nødvendigvis relaterede sig til lidelser og heling, og ofte blev disse samtaler mere humoristiske, end de formelle interviews. Jeg har dog ved al deltagelse fra start givet til kende, at jeg var antropolog i færd med at indsamle data.

Herudover har jeg deltaget i netværksmøder med fagpersoner, der arbejder med fremme af ansvarlig psykedelisk behandling, samt gjort observationer ved foredrag og begivenheder i fællesskaber, hvor både brugere og behandlere deler erfaringer.

Digitale metoder

En anden form for observation er sket løbende under mit arbejde. Internetetnografi eller webnografi, der hører under begrebet *digitale metoder* (Bundgaard, Overgaard Mogensen, og Rubow 2018, 261), har været en betydelig del af mit arbejde. I en verden, hvor flere og flere bruger en stor del af deres liv på internetbaserede, sociale platforme, oplever jeg at en antropolog går glip af en stor insiderviden, hvis ikke der deltages eller følges med på disse platforme (ibid).

Jeg er derfor blevet medlem i grupper, hvor et sådant medlemskab har været påkrævet – og ved indmeldelse altid tydeliggjort årsagen dertil. Jeg har derudover fulgt offentlige fora på platforme som

Reddit, Facebook og det mere lokale og emneorienterede psychedelia.dk. Flere af mine informanter har nævnt brug af apps, der muliggør krypterede samtaler, hvor jeg også hentede enkelte af disse og blev medlem i flere gruppesamtaler. Samtalerne derpå har jeg dog ikke anvendt i mit feltarbejde, da karakteren af dem var for privat, og min mulighed for at forklare formål og positionering var ringe.

Ethiske overvejelser

Et antropologisk projekt, uanset karakter, kræver kontinuerlig revision af etiske overvejelser (Bundgaard, Overgaard Mogensen, og Rubow 2018, 44). Det samme har gjort sig gældende under, op til og efter mit feltarbejde, hvor især mine informanternes psykiske tilstand har haft stor indflydelse på min måde at arbejde. Mit arbejde er udført i overensstemmelse med *Den danske kodeks for integritet i forskning* (ufm.dk 2014), som omfatter blandt andet ærlighed, gennemsigtighed og ansvarlighed.

I tiden op til feltarbejdet gjorde jeg mig overvejelser omkring især positionering, dette både med hensyn til min egen og projektets baggrund. Min egen, da jeg som nævnt tidligere har været en del af det psykedeliske miljø i København, selvom dette ikke har omhandlet den terapeutiske niche. Jeg har skullet minde mig selv og enkelte informanter om, at jeg har arbejdet professionelt i månederne under undersøgelse, ligesom det har været af vigtighed for mig ikke at give udtryk for at jeg personligt har foretrukket én behandlingsform fremfor en anden. Som studerende fra et større universitet, ønskede jeg ikke at min position skulle fremme et indtag af ulovlige stoffer blandt mine informanter, idet jeg gerne ville undgå på nogen måde at påvirke mine informanternes gøren. Alle informanter, bortset fra nogle behandlere, har eller har haft kæmpet med psykiske lidelser, og eftersom jeg ikke er psykolog eller terapeut, har det ikke været min opgave eller ret at råde eller vejlede.

Under feltarbejdet er jeg dog flere gange blevet stillet overfor etiske dilemmaer, da jeg er blevet tættere med nogle informanter, og de har spurgt mig til råds. Det har været vanskeligt ikke at give min mening til kende, men jeg har efter egen overbevisning formået at afholde mig fra på nogen måde at lede mine informanter i bestemte retninger.

Derudover har jeg skulle tage stilling til GDPR, herunder opbevaring af tidligere nævnte formularer og lydfiler. Jeg har fundet retningslinjer for opbevaring på Københavns Universitets intranet (KUnet.dk 2023), og opbevaret personfølsomme oplysninger bag minimum to forskellige koder. Alle

lydfiler vil være blevet slettet ved afleveringsfristen for dette speciale, hvilket alle informanter er informeret om.

Derudover har jeg haft tanke på, hvilken type af informanter, der kontakter mig. Facebook-opslaget på s. 16-17 er den endelige udgave af en formulering, som ændrede sig undervejs. Første opslag havde ikke for øje, at en positiv bias kunne opstå, hvis ikke jeg efterspurgte informanter, der også havde modtaget behandling uden effekt. Efter samtaler med informanter, som også kunne bidrage med fortællinger om behandlinger uden positiv effekt, er jeg dog kommet frem til den konklusion, at jeg har undgået dette bias i bred forstand.

Endelig blev det en etisk overvejelse, om det er forsvarligt at behandle et emne, som kommer antropologens egen person meget nær. Jeg har for år tilbage døjet med angst, som er en ustabil psykisk tilstand jeg hørte beskrevet af mange af mine informanter. Jeg besluttede under arbejdet, at jeg ville gå i felten som antropolog, men måtte særligt under interviews sande, at også min private person deltog i samtalerne (Bundgaard, Overgaard Mogensen, og Rubow 2018, 112). At reagere empatisk på mine informanters fortællinger, betød at jeg ind i mellem trådte i deres sted, og derved kom til at genopleve symptomer på en lidelse, jeg troede jeg havde lagt bag mig. Jeg kan ikke konkludere på om antropologer bør afholde sig fra at arbejde med emner, der er sårbare for dem – jeg oplever dog at min passion for emnet også er relateret til det faktum, at jeg gerne så patienter være fri for de symptomer, jeg selv har kendt til.

Efter feltarbejdet har jeg især haft tanke på at beskytte mine informanters anonymitet. Dette især, når jeg har kategoriseret (se Kapitel 1 og Appendix I) eller gjort brug af citater fra vores samtaler. Ligeså i min analyse af deres udtalelser. Jeg har stor respekt for hver enkelt, og jeg har derfor med omhu forsøgt ikke at komme til at støde nogen med mit skrevne ord. Akademisk har jeg bestræbt mig på at forholde mig undersøgende og spørgende, om end det er umuligt at forholde sig fuldkomment neutralt under et arbejde, hvor der bruges antropologiske teorier i en analyse af mennesker og deres handlinger (Bundgaard, Overgaard Mogensen, og Rubow 2018, 42).

Kapitel 1

Det empiriske grundlag

Som beskrevet i metodekapitlet, udførte jeg fra august 2022 og ind i foråret 2023 i alt 24 formelle interviews, hertil kom uformelle samtaler. Interviewene fordelte sig blandt 19 informanter, hvoraf jeg gik mere i dybden med enkelte og fulgte én igennem hans behandling også efter officielt endt feltarbejde.

Jeg søgte bevidst at få stor spredning i både alder og baggrund blandt informanter. Det har dog alligevel været muligt at finde visse fælles træk, der kunne enten samle eller adskille *patientgrupper*. I dette kapitel, som vil give større kvalitativt kendskab min empiriske data, vil jeg skitsere disse fælles træk, samt udbrede hvordan patientgrupper adskiller sig fra hinanden på en antropologisk relevant måde. Først vil jeg dog give et indblik i de behandlingsformer, mine informanter har gennemgået. Disse er beskrevet med mine ord, og ikke mine informanters.

Margit Petersen (2022) har beskrevet 5 diskurser indenfor den psykedeliske felt. Diskurserne er med til at vise hvordan den danske befolkning bruger psykedelika og til hvilket formål. De omfatter: den terapeutiske, den spirituelle, den rekreative, den optimerende og den videnskabelige diskurs (Margit Anne Petersen m.fl. 2022:1, 16). Den første omhandler sygdom og selvudvikling og dækker til en vis grad den felt, jeg har bevæget mig indenfor – dog påvirket af de andre, hvilket især kommer til udtryk, når mine informanter har forklaret hvorfor psykedelika har virket på lige netop deres problemstilling, og hvordan de har fundet vej til behandlingsformen. Dette vender jeg tilbage til i citater om patienterfaringer og i mine beskrivelser af informanters oplevelser. At snævre fokus ind til primært at bestå af én diskurs, har gjort det muligt at dykke dybere ned i netop denne tilgang. I det følgende vil jeg vise, hvad mine informanter har lært mig om denne tilgang.

Psykedelisk behandling

Psykedelisk behandling er et vidt begreb, som jeg i dette afsnit vil skære ned til 4 undertyper – jeg vil med det samme sige at dette tal ikke er dækkende for de mange varierede behandlingsformer, jeg har lært om under mit feltarbejde. Typerne er simplificerede af hensyn til specialets omfang.

- 1) Psykedelisk assisteret terapi – alene med terapeut

Terapien kan foregå på en måde lig den, beskrevet ved tidlig psykoanalytisk behandling, hvor patienten er placeret liggende, mens behandleren sidder lyttende og hjælper patienten fremkalde minder.

Patienter gennemgår ved de fleste behandlere en screening, således at personer, behandlere mener kunne opleve negativ effekt af psykedelisk terapi, ikke anbefales at gå videre med behandlingsformen.

Behandlere har bestemt hvilken type psykedelika, der egner sig bedst i behandlingen af patientens lidelser, ligesom de har sørget for anskaffelse – i enkelte tilfælde foreslår patienten selv hvilken medicin, han eller hun føler sig mest tryk ved, hvorfra behandlere kan tage stilling til om det er noget, de ønsker at arbejde med. De har, alt efter anvendt medicin, bedt patienter forberede sig op til behandlingen, dette kan være både mentalt og fysisk i form af ændrede tankemønstre, diæter og afholdenhed. Dette uddybes i Kapitel 3 (s. 53).

Der kan være én eller flere behandlere til stede alt efter hvilken behandler, patienten har opsøgt. Ofte vil patienten til disse former for sessioner opsøge en behandler efter et opslag i internetbaserede grupper er blevet besvaret eller efter anbefaling fra bekendte.

Blandt mine informanter brugtes ofte MDMA eller psilocybin under terapien. En enkelt behandler benyttede også ayahuasca, dog mente denne at risikoen var større med denne medicin, idet mistanke om uetisk adfærd kunne opstå, når behandler og patient opholdt sig alene, mens patienten var stærkt påvirket. Det anses for ønskeligt at patienten kan formulere sig klart under behandlingen, således at der kan blive sat ord på de problemstillinger, der arbejdes med.

Når lovlig, statsstøttet forskning beskriver forsøg med mennesker, er det oftest psykedelisk assisteret terapi med højere doser, der er tale om. I Danmark indebærer det grundig forudgående undersøgelse af patientens mentaltilstand, flere fagprofessionelles tilstedeværelse under behandlingen og opfølgende psykologisk rådgivning (Jensen m.fl. 2022). Da dette endnu er på forsøgsbasis, og ingen af mine informanter har deltaget i sådanne forsøg, vil jeg undgå at beskrive det nærmere i dette speciale.

2) Psykedelisk assisteret terapi – som del af en gruppe.

Heri indgår også nogle steder screening forud for den psykedeliske behandling samt enten samtaleterapi eller deling i grupper efter behandlingen. Der kan tilbydes både høje og lave doser, og ofte er det op til patienter selv at vurdere, hvor meget de kan håndtere. Det gælder dog for mine informanter at de fleste *gennembrudsbehandlinger*, som er behandlinger hvor patienter har oplevet

umiddelbar og vedvarende effekt, er sket ved højere doser. De mest brugte psykedelika har været ayahuasca, psilocybin og MDMA. Behandlere har, lig terapi med kun én deltager, bedt patienter forberede sig op til behandlingen, dette mentalt og/eller fysisk.

Jeg har set opslag og søgen efter deltagere til gruppeterapi og såkaldte *retreats* (samlinger eller ceremonier med psykedelisk medicin, der kan strække sig over flere dage) i internetbaserede grupper, dette primært i lukkede fora, hvor opretteren af opslagene kan føle sig nogenlunde sikker på ikke at blive kontaktet af uønskede individer. Jeg vil senere vende tilbage til måder at reklamere på i det psykedeliske felt (s. 43).

3) Psykedelisk selvmedicinering - mikrodosering

Mikrodoser er små doser af psykedelisk stof og skal ikke kunne mærkes direkte. ”Hvis du kan mærke at du har taget det, så har du fået for meget” (citater, Jannik, depression, stress og angst), beskriver en af mine informanter det. Han siger samtidig, at måden at finde ens rette mikrodose, er ved at starte lavt, og derefter opskalere, til man kan mærke, at man bliver let påvirket – da ved man at dosen *før*, var den rette at mikrodosere på. Mikrodosering tages som oftest i perioder på 3-4 måneder sideløbende med at arbejde, studie og hverdag fortsættes som vanligt. For at undgå at patienter opbygger tolerance overfor det stof, de indtager, er der indlagt pauser på dage til uger. Blandt mine informanter er der blevet brugt LSD og psilocybin til mikrodosering, mens en enkelt behandler har anbefalet sine patienter at mikrodosere ayahuasca i tiden op til og efter psykedelisk assisteret terapi med høj dosis.

Flere af de informanter, der brugte mikrodosering som behandlingsform, benyttede sig ofte af makrodoser i tiden mellem mikrodoseringsperioder – dette for gensidigt at forlænge effekten af de to former for selvmedicinering.

Mikrodosering har for flere trådt i stedet for behandling med eksempelvis præparater til behandling af depressive symptomer. Flere af mine informanter har efterspurgt information i grupper på Facebook, der er dannet specifikt til dette formål. I grupperne har de både fundet online fællesskab og i visse tilfælde offline venskaber ligeså.

Patienter, der anvender mikrodosering, er ofte stærkt påvirket af en anden diskurs end blot den terapeutiske. Den videnskabelige tilgang får lov at fylde, da patienter på sin vis bliver deres egne eksperter – dette gælder både, hvis de gror deres egne psilocybinholdige svampe samt den viden om stoffers indvirkning på hjernen, som nogen tilegner sig, før de igangsætter behandlingen (Margit Anne Petersen m.fl. 2022:1, 18).

4) Psykedelisk selvmedicinering - makrodosering

Patienter i denne kategori indtager en høj dosis psykedelika som helt eller delvist ændrer deres måde at være til i verden på. Nogle informanter tog på disse rejser alene, mens andre havde allieret sig med såkaldte tripsittere: upåvirkede bekendte, der opholder sig i rummet og sikrer at alt forløber hensigtsmæssigt, mens patienten har markant ændret sindstilstand. En tripsitter yder ikke terapeutisk behandling, men sørger for at patienten føler sig godt til rette, får spist og drukket, ligesom han eller hun kan berolige, hvis der skulle opstå oplevelser, der er vanskelige for patienten at håndtere.

Makrodoseringer på egen hånd skete oftest med LSD, DMT og psilocybin, hvoraf flere var af den holdning at psilocybin var mest håndterbart.

Makrodosering som selvmedicinering så jeg oftest (men ikke udelukkende) blandt informanter, der havde sociale vanskeligheder eller angst, som kunne besværliggøre det at tage en højere dosis i selskab med andre. Det blev beskrevet som lettere at give slip alene i et rum, hvor man ikke behøver være bange for andres reaktioner på ens lyde eller handlinger. Ingen af de behandlere jeg interviewede, anbefalede folk at selvmedicinere med høje doser, ligesom flere patienter gav udtryk for at de havde 'for stor respekt for stoffet' til at turde gøre det.

Jeg har fulgt diskussioner i internetbaserede grupper, hvor folk advarer hinanden mod at tage høje doser alene. Dette både for at beskytte den enkelte og det psykedeliske samfund generelt. Mange af disse opslag laves anonymt, hvilket jeg i flere tilfælde har tolket som en måde at beskytte sig selv på – patienter, der anvender denne behandlingsform, er mindre åbne omkring den, end de er om andre, og har også først ladet mig kende til det, efter længere tids samtale.

De fire former for behandling bruges til samme formål, men de og deres effekt fremstilles forskelligt af mine informanter. Mens tre af behandlingsformerne (begge former for psykedelisk assisteret terapi og makrodosering som selvmedicinering) af mine informanter forklares som havende en umiddelbar effekt, hvor der kunne gå længere tid mellem behandlinger, beskrives mikrodosering som havende en effekt der opbygges over tid, og som formentlig skal fortsættes kontinuerligt.

Patienter, der anvender psykedelika

”Hvis du har masser af penge, så kan du komme til psykolog i dag, ikke. Hvis du ikke har nogen, så skal du have en henvisning, så skal de have et ydernummer og så går der

3-5 måneder, nogle gange op til et halvt år, før du kan komme til.” (citater, Jannik, depression, stress og angst)

Jannik udtalte ovenstående, da jeg mødte ham første gang. Han havde følt et svigt fra det offentlige sundhedsvæsen, da han syv år forinden første gang var blevet syg med stress og angst. Han fandt sig selv, en morgen inden han skulle afsted på arbejde, liggende hulkende på sit badeværelsesgulv. Han vidste, at han havde brug for hjælp, og jo før des bedre. Men under hans besøg ved sin praktiserende læge, fik han den nedslående besked, at han kunne forvente en ventetid på op mod et halvt år, hvis han ønskede tilskud – og uden privat forsikring eller økonomi til at betale den fulde behandling selv, så det ud til at få lange udsigter. Den eneste form for behandling, lægen kunne tilbyde i mellemtiden, var medicinsk behandling med antidepressiva. Jannik brød sig ikke om tanken, men blev overbevist om at takke ja. Hvis han ville have sygedagpenge udbetalt, måtte han følge en vis behandling, for at komme tilbage i job – ellers kunne han reelt set ikke længere være sygemeldt. Hans ja til medicinsk behandling, kom ifølge ham selv til at betyde at han levede sine næste måneder i en ’osteklokke’, hvor han ikke kunne mærke hverken glæde, sorg ”eller sig selv”.

Jannik er et eksempel på en type patient, der i fortvivlelse eller desperation søger anden behandling, fordi der opleves et svigt eller en skuffelse fra det offentlige sundhedsvæsen. Dette kan relateres til både ventetiden, kontakten til læger og andre behandlere eller til den medicinske behandling. For Jannik betød det at han i første omgang søgte sig frem til mikrodosering på nettet, hvorefter behandling med makrodoser blev udført sammen med en terapeut.

Også en anden patient mødte modstand i sin søgen efter den rette behandling, dette dog i psykiatrien:

”Jeg sad med en psykiater på et tidspunkt, der sagde at siden jeg ikke var psykotisk eller selvmordstruet, så hørte jeg slet ikke til i psykiatrien. Det var nedslående, fordi det havde været et stort skridt at gå hen [til lægen] og bede om hjælp. Jeg sad efterfølgende i bilen og vidste jo godt at psykotisk, det kunne jeg nok ikke blive – men jeg vidste da trods alt hvordan man tog livet af sig selv.” (citater, Pelle, depression og selvmordstanker)

Pelle er i tvivl om hvorvidt den samtale, han havde med en psykiater, der ikke var villig til at hjælpe ham, var hvad der startede hans tanker om selvmord – tanker der senere resulterede i et selvmordsforsøg, før han endelig kunne indlægges på en lukket, psykiatrisk afdeling. For Pelle betød

indlæggelsen en lang periode med stærke psykofarmaka, og hvad han betegnede som *hold-i-hånden-terapi*: i hans verden ikke noget der gjorde ham raskere – og tværtimod blev det efter længere tids brug af den ordinerede medicin en kamp for ham, at slippe den igen.

Både Jannik og Pelle er hvad jeg har tilladt mig at kalde *de svigtede patienter* i denne skitsering. Denne kategori af patienter oplever et knæk efter deres kontakt til det offentlige sundhedsvæsen, hvorefter de dog genvinder styrke og på egen hånd finder overskud til at undersøge andre behandlingsmuligheder. De er stærkt påvirkede af den tilgang, jeg tidligere har forklaret med Petersens begreb 'videnskabelig diskurs'.

En anden kategori, som også har været styret af ovenstående diskurs, har været patienter, der er blevet mødt med mere forståelse i sundhedsvæsenet, om end de stadig ikke har fundet den hjælp, de søgte. *De selvhjulpne patienter* har ikke mistillid til deres læger. De har dog følt at ny tilegnet viden ville kræve behandling, der strakte sig ud over dét, det offentlige sundhedsvæsen kunne tilbyde:

”Men jeg fortsatte i min terapi og fortsatte også i psykiatrien, og følte ikke rigtig flere fremskridt. Det var mikrosteps. Og så begyndte jeg jo at undersøge lidt om det [MDMA-assisteret terapi] og så læste jeg, at det jo hed måske 10 års terapi kogt ned på 3 måneder eller 3 gange, så jeg tænkte... okay, så er der måske noget, jeg skal forsøge her.” (citater, Chris, PTSD)

Chris havde modtaget behandling gennem både privatpraktiserende psykiatere og psykiatrien, da han læser en biografi af den danske komiker Casper Christensen. I bogen modtager komikeren MDMA-assisteret terapi med god effekt. Chris har på daværende tidspunkt oplevet at hans fremskridt med konventionel behandling er blevet mere stillestående, hvorfor han vælger at gå videre med en behandlingsform, der endnu ikke er anerkendt i Danmark. På samme tid informerer han sig yderligere om mikrodosering i dansk tilgængelig litteratur og går i gang med behandlingen hurtigt derefter:

”Jeg fik kontakt med sorgen, i hvert fald, på den måde. Jeg har aldrig rigtig kunnet græde. Det var sådan at ting gjorde ondt, men der er aldrig kommet tårer ud. Hvor meget jeg så end gerne ville. Men det var som om at det fik åbnet op til et eller andet center,

som virkelig bare sagde at 'okay, der er nogle sår her, som der skal arbejdes med' (citater, Chris, PTSD)

Endelig fandt jeg en tredje kategori, som ikke er styret af samme diskurs, men måske er under indflydelse af den rekreative (Margit Anne Petersen m.fl. 2022:1, 18). Denne gruppe af patienter, har jeg kaldt *snublende*. Patienterne har ikke bevidst opsøgt psykedelisk behandling, men er gennem festlige begivenheder eller hygge med venner, blevet klar over at de har kunnet behandle deres diagnoser med midler, som ellers har haft en anden funktion for dem førhen.

”På det her tidspunkt, der brugte jeg det ikke som livsforlængende behandling, hvis vi kan sige det på den måde. På det tidspunkt, brugte jeg det til fest og til at hygge med. Men det gik op for mig at jeg kunne bruge det til at se på mig selv og min situation også [...]. I dag gør jeg det primært for at selvmedicinere, fordi der ikke er andre der lykkes med det [at medicinere hende]” (citater, Beata, depression)

Patienterne har stiftet bekendtskab med psykedelika uden at gå terapeutisk til værks, men udfaldet er blevet udslagsgivende, og har ændret deres måde at bruge stofferne på efterfølgende.

”Og det var dén dag. Der tog vi det ikke som frimærker [LSD], men vi havde købt en hel flaske, så der tog vi nok lidt mere end vi plejede. [...] Det var første gang, der sådan rigtig skete noget for os gruppe drenge. Jeg smed mine piller [antidepressiva] dagen efter. Jeg kunne bedre være i mig selv, selvmordstankerne kom ligesom på afstand, ikke.” (citater, Gabriel, depression)

De svigtede, selvhjulpne og snublende patienter har det til fælles, at de ser et håb for at den psykedeliske behandling bliver deres vej udenom eller ud af konventionel behandling. Deres veje dertil og deres ophold i den psykedeliske verden udfolder sig dog forskelligt.

Psykedeliske fællesskaber

Jeg har i mit feltarbejde identificeret flere fællesskaber, hvorigennem patienter finder både behandlere og ligesindede.

Størstedelen af mine informanter havde været eller var stadig aktive i sociale fællesskaber på nettet, særligt facebookgrupper. Der findes et utal af sådanne fællesskaber på sociale medier, og efterhånden som jeg blev medlem af grupperne under mit feltarbejde, dukkede der flere op. Den største af grupperne har omkring 14.000 medlemmer, hvoraf det dog ikke er alle der bruger stofferne terapeutisk. En anden gruppe, der henvender sig direkte til patienter, der mikrodoserer, tæller i omegnen af 3000 medlemmer. I grupperne kan stilles saglige spørgsmål, ligesom nogle medlemmer opsøger både behandlere, tripsittere og sparringspartnere gennem offentlige opslag.

Andre fællesskaber inkluderer netværk for terapeuter og andre der beskæftiger sig professionelt med psykedelika, enten forskningsmæssigt eller ved at fremme brugen deraf på et fagligt grundlag. Jeg fik lov at deltage i deres netværksmøder, som bød på både foredrag og faglige samt uformelle samtaler i stemningsfyldte lokaler, hvor der også blev budt på mad og vin. De af mine informanter, der deltog i dette fællesskab, var behandlere.

Andre netværksgrupper inkluderede to større grupperinger. Den ene søger at danne og uddanne interesserede i brugen af psykedelika gennem eksempelvis foredrag med anerkendte forskere og kurser i krisehåndtering. Den anden tilbyder mere regelmæssige samlinger, herunder gåture og integrationscirkler, hvor brugere af psykedelika kan dele deres oplevelser med ligesindede. Blandt mine informanter, benyttede både patienter og behandlere sig af grupperne, selvom det dog var langt fra alle, der havde behov for at deltage i fællesskaber som disse.

Der findes flere grupperinger, som tilbyder integration af psykedeliske oplevelser, ovenstående var dog de, jeg prioriterede at besøge under mit feltarbejde. De psykedeliske praksisser besøgte jeg ikke, da flere stillede det krav, at alle besøgende skulle benytte sig af den medicin der blev tilbudt. Omstændigheder bød, at jeg da i stedet måtte lære om disse praksisser gennem informanter og ikke gennem deltagelse.

Dette kapitel har haft til formål at føre læsere ind i mit empiriske grundlag og måder hvorpå psykedelisk behandling kan udføres. De følgende to analytiske kapitler vil gå i dybden med hvorfor mine informanter har søgt alternative veje udenom konventionel medicin, om behandlingen virker som den kur, visse medier beskriver og hvordan den lighed i sundhed, man i det danske samfund bestræber sig på at opnå, udarter sig i det psykedeliske felt.

Kapitel 2

Fravalg er også et valg

Patienter kan efterspørge psykedelika af flere årsager. Blandt mine informanter var det først og fremmest et fravalg af de bivirkninger, som den konventionelle, medicinske behandling kunne bidrage med, samt et ønske om at blive set som mere end bare 'syg', de beskrev. Et ønske, der viser sig også at kunne indebære andet end blot et håb om en kur. Dette vil blive udbredt gennem afsnittene i dette kapitel.

Mol beskriver *patienters valg* (patient choice) som et ideal, der dog ikke er muligt at opnå i flere tilfælde. Dette især gældende syge mennesker, da de midlertidigt kan være ude af stand til at træffe beslutninger, som vil være mest gunstige for deres behandlingsforløb (Mol 2008, 6). At patienter selv aktivt kan få lov til at tage del i behandlingen, menes at engagere dem i deres vej mod bedring; modsat dette ses objektivering, hvor patienter gøres til passive objekter, der blot skal undersøges og testes (ibid).

Som beskrevet i prologen, blev Jannik frataget sin mulighed for medindflydelse på den planlagte behandling, hvis han fortsat ville modtage økonomisk understøttelse som sygemeldt. Valget var truffet for ham, og lod ham ikke deltage aktivt i egen behandling. Bivirkningerne, som i sidste ende fik Jannik til at stoppe den konventionelle behandling, viste sig som hurtig og markant vægtøgning samt hans oplevelse af at befinde sig i en osteklokke, hvor han ikke følte hverken godt eller dårligt. Symptomerne blev han først opmærksom på, da han en dag ikke længere kunne passe sine bukser og derved kom i tanke om de andre følger:

”Så jeg tog dem [antidepressiva] der 2,5 måned eller noget, så hoppede jeg af. Så jeg lavede en aftale med min læge og gik op og afleverede dem, jeg havde. Og så sagde jeg ’det lort dér, det skal du aldrig nogensinde give til folk igen!’” (citater, Jannik, depression, stress og angst)

Patientliggørelse

Jannik fravalgte en dét, der kan beskrives som en objektiverende patientliggørelse³, der i hans perspektiv ikke kunne imødekomme hans subjektive oplevelse af angst og depression. Nok havde lægen også anbefalet terapi hos en psykolog, men grundet lange ventetider (s. 25) bestod hans akutte

behandling kun af medicinske præparater. I hans private søgen efter bedring, mødte han på et tidspunkt den terapeut, som han fortsat behandles af.

”Jeg var til et møde en uge før, hvor vi sad og snakkede og gennemgik alle de ting, som jeg skulle åbne op for derhenne [til den assisterede terapi] [...]. Det gjorde i hvert fald at jeg kunne åbne op overfor hende, og jeg tror også det gjorde at jeg kunne slappe lidt mere af, den dag hvor jeg tog svampene. Så jeg kunne komme ind og kigge på de ting, jeg skulle ind og kigge på, ikke.” (citater, Jannik, depression, stress og angst)

Jannik mødes upåvirket med terapeuten første gang. Her beskriver han, hvordan de lærte hinanden bedre at kende forud for behandlingen, så han kunne føle sig tryk, når han en uge senere skulle indtage en højere dosis psilocybin under terapien. Hos terapeuten oplever Jannik at blive mødt og lyttet til – og behandlingen tilpasses hans nuværende, subjektive situation, hvilket var uvant fra den behandling, der kunne tilbydes gennem den praktiserende læge. De oplevelser Jannik gennemgår under påvirkning af psykedelika, arbejder han med både ved terapeuten og i tidligere nævnte integrationscirkler. I integrationscirklerne falder endnu en del af patientliggørelsen bort, hvilket jeg vil vende tilbage til i kommende afsnit (s. 35).

Også Pelle oplevede at blive gjort mindre aktiv, end han ønskede det:

”Jeg synes, at dét man ikke kan få udskrevet de ting man gerne vil have, er manglende tiltro til patienten. Som om man ikke kan tage vare på sig selv [...] ” (citater, Pelle, depression og selvmordstanker)

Han tog alligevel del i den behandling, hans psykiater kunne tilbyde. Efter længere tids brug af flere typer antidepressiva, som blev taget i maksimale doser efter anbefaling, begyndte Pelle dog at få det fysisk dårligt. Flere gange dagligt oplevede han at miste bevidstheden. Hukommelsestab og hvad han beskrev som ’brainzaps⁴’ blev en del af hans hverdag. Da han gav udtryk for at han som følge af disse bivirkninger ønskede at stoppe behandlingen, blev hans oplevelse af symptomerne ikke mødt med forståelse:

”Lægerne er sådan: ’Nu skal jeg nok lige fortælle dig hvordan du har det, for det der – det eksisterer ikke.’ Når man så sidder der som patient og siger: ’Nåhmen, det er sådan jeg har det?’, så føler man sig enormt forkert. Så føler du dig lidt mere syg og lidt mere forkert, end før du kom.” (citater, Pelle, depression og selvmordstanker)

Som Jannik endte Pelle med at fravælge den anbefalede behandling. Grundet længere tids brug, var hans krop dog ikke i stand til at stoppe behandlingen fra den ene dag til den anden, og det krævede et forløb med udtrapning over længere tid, før han var medicinfri. Lignende har gjort sig gældende for flere af mine informanter, dog havde to af disse været medicineret igennem så lang tid, at de efter flere forsøg på nedtrapning ikke regnede med på noget tidspunkt at blive medicinfri igen.

Pelle startede efter sin udtrapning på et forløb hos en psykolog, som ved første møde forklarede Pelle at han ikke var syg, men at dét, han oplevede, var en normal reaktion på et traume fra en hård skilsmisse. Herfra lagde Pelle titlen som patient fra sig.

Overfor patientliggørelse har Mol beskrevet *patientisme*. Dette begreb forsøger at undgå den objektificering og sygeliggørelse, der kan opstå i det første. I stedet omhandler patientisme om patienters egen venlige accept af kroppen i dens aktuelle tilstand (Mol 2008, 31).

Begrebet kan bruges til at forklare, hvad Chris oplevede i starten af sit behandlingsforløb. Gennem en parterapeut, som han havde opsøgt med sin daværende kæreste, blev han gjort opmærksom på et dybtliggende traume, som var opstået i hans barndom. Efter en samtale hos terapeuten, gik han hjem og googledede symptomer på PTSD som følge af seksuelt misbrug. Her fandt han frem til en tjekliste, udgivet af en forening for mænd, der har været udsat for overgreb fra andre mænd.

”De havde sådan en tjekliste tror jeg, på 20 punkter. Og de 19 af dem, dem kunne jeg bare sætte sådan en stort fedt flueben i. Hvor jeg tænkte: ’dét der, det er så specifikt... De snakker til mig! Der er ikke andre der kan have det sådan her, det er lige præcis mig, der bliver talt til’. Og så var det jo, altså, så kunne jeg måske godt lægge to og to sammen.” (citater, Chris, PTSD)

For Chris gav det mening at blive sat i kategori på denne måde, fordi han ad denne vej fandt ind i et fællesskab med andre mænd, der havde samme reaktionsmønstre, som han selv. Her begyndte han i et gruppeterapiforløb, der varede i ca. halvandet år. Forløbet hjalp ham med at bearbejde traumet samt

at opnå accept af hans krops og psykes reaktion derpå. Det formåede dog ikke at give ham redskaber, der var effektive nok til at fjerne symptomer på PTSD, til trods for at de nye relationer blev en væsentlig støtte for ham.

Netop fællesskab har været af vigtighed for flere informanter. Sygefællesskaber og patientforeninger er initiativer i Danmark, der har det formål, at lade patienter, ofte med kroniske sygdomme, finde sammen i grupper, for bl.a. at finde gensidig støtte eller juridisk vejledning (danskepatienter.dk 2023). Begge former for fællesskab er eksempler på *biosocialitet*, hvilket uddybes i næste afsnit. De kan opnå økonomisk støtte gennem bl.a. kommunale puljer, private donationer og betalte medlemskaber (depressionsforeningen.dk 2023), men ses også ofte som brugerdrevne af frivillige. Flere af mine informanter deltog i fællesskaber, der har karakteristika tilfælles med sygefællesskaber og patientforeninger. I næste afsnit vil det fremgå hvordan psykedeliske fællesskaber kan indgå i denne opfattelse, samt hvor de adskiller sig – og for mine patienter derved udmærker sig, i forhold til.

Biosocialitet i fællesskaberne

Begrebet biosocialitet blev først brugt af antropolog Paul Rabinow i starten af 1990'erne (Rabinow 2008, 188), dengang for bedre at kunne beskrive menneskelig arvemasse som bestående af mere end blot biologi, men også den sociale væren (ibid). Biologisk betingede sygdomme får ligeledes socialt islæt gennem begrebet, hvilket den medicinske antropolog Margaret Lock (2008) har eksemplificeret gennem patienter, der er ramt af sygdommen alzheimers. Udvikling af tidlig alzheimers har vist sig at være bundet til ét arveligt gen (biologi), uden dog at være betinget hertil. Når familiemedlemmer til syge lader sig teste, er det muligt for dem at finde genet, uden at dette betyder at de på et tidspunkt i livet nødvendigvis vil blive syge. I pårørendegrupper, der er dannet for at støtte raske pårørende (socialitet), har der dog været så stor fokus på angsten for selv at udvikle sygdommen, at der nogle steder er blevet formuleret opfordringer imod italesættelse af denne angst, så andre, der ikke kender til status på gentest eller ikke ønsker at tale om det, stadig kan deltage for gruppernes oprindelige formål (Lock 2008, 59). Det biosociale ved sygdomme begynder i det øjeblik, de er medicinsk anerkendt, hvorefter ”*der kan udføres lobbyarbejde, oprettes fonde, promotes research ligesom offentligheden kan uddannes*” (ibid, 58, min oversættelse).

Blandt de af mine informanter, der enten var eller havde været selvmordstruede, tegnede sig en angstlig dén, de pårørende til alzheimers-patienter oplevede. De, der havde forældre, som havde begået selvmord, udtrykte at de var nervøse for om deres tanker var biologisk betingede – den ene, Gabriel, om han i så fald kunne give tankerne om selvmord videre til sine egne børn. Mens jeg ikke kunne svare ham på om hans lidelse var biologisk betinget, hørte jeg ham selv udtale at han ikke længere var generet af tankerne i samme grad efter psykedelisk behandling akkompagneret af langvarige, terapeutiske forløb, hvorfor jeg håbede at han ville lytte til sin egen udlægning af problemstillingen, der derved ikke lod til at være biologisk bestemt i en sådan grad, som han frygtede.

Der er efter 1990'erne videreudviklet på begrebet biosocialitet, så det berør mere end blot sociale individers biologiske ophav. Bl.a. er der tilføjet hjælpeord, så det også kommer til at inkludere de grupper, der formes omkring sygdomme, hvilket også kan ses i det følgende.

De første patientforeninger opstod i kølvandet på HIV/AIDS-epidemiens begyndelse i 1980'erne, og er siden internettets indtog vokset kraftigt i antal (Rose og Novas 2007, 449). Nikolas Rose og Carlos Novas (2007) beskriver disse *biosociale samfund* (biosocial communities) som opstået på grund af aktivisme, der kunne relateres til netop AIDS-patienter (ibid, 448). Patienterne dannede små fællesskaber, som byggede alene på deres fælles lidelse; deres mål var at informere om sygdommen og patientrettigheder samt at modarbejde stigma (ibid). De var biosociale i den forstand, at de var biologisk betingede, og sociale i den forstand, at de samlede AIDS-ramte til fællesskab, uddannelse og politisk virke (ibid, 449).

Patientforeninger i dag fungerer efter samme principper (Rose og Novas 2007, 449), hvilket også til dels gør sig gældende i de psykedeliske samfund. Særligt kommer de til udtryk som integrationsskikkelser, der afholdes i flere psykedeliske fællesskaber, ved psykedeliske terapeuter samt i internetbaserede fora.

Integrationskredsløbene, og til dels de foreninger, der afholder dem, kan defineres som en gren af de biosociale samfund: *biosociale grupperinger* (biosocial groupings). Disse markerer sig på at være fællesskaber, der ikke alene er bundet op på en delt identitet som patienter, men som ofte vil stille sig undrende overfor konventionel medicinsk behandling (Rose og Novas 2007, 442). Her bliver delt erfaringer og ny viden om, anskaffelse, dyrkning og brug af psykedelisk medicin, mens stigma manes til jorden. Jeg har oplevet foreningerne og deres samlinger som åbne rum, hvor der var plads til at

hver enkelt kunne få fortalt sin subjektive historie. Ifølge Brekke og Sirnes kan et overdrevent fokus på kroppens aktuelle (syge) tilstand i de biosociale grupperinger have den effekt at individer mister deres subjektivitet, og bliver overtaget af deres diagnose (Brekke og Sirnes 2011). Dette lod sig ikke ske i de integrationscirkler, jeg deltog i, eftersom grupperne havde fokus på integration af psykedeliske oplevelser, mens de bagvedliggende årsager til brugen heraf trådte i baggrunden.

”Jeg oplever ikke, at det er fordi det er tabu, at vi ikke snakker om hvad de er, de har brugt terapien til. Det er bare ikke dét, der er det vigtige. Det vigtige er, hvad der er lige nu og her. Og det er det rum, vi befinder os i. [...]. Med de historier, vi nu engang har med på aftenen.” (uddrag fra feltnote efter deltagelse i integrationscirkel, november 2022.)

Det reducerede forhold til de bagvedliggende problemstillinger i cirklerne, hvad end det er sket bevidst eller ubevidst, så jeg som en mulig afstandstagen fra tidligere omtalte patientliggørelse (s. 30), hvilket har kunnet komme de patienter, der følte sig sygeliggjort eller glemte bag diagnoser og medicin til gavn.

Det sker at patienter begynder at anvende de samme gloser, som deres behandlere anvender, til at beskrive sig selv, hvilket former deres selvforståelse som syge (Rose og Novas 2007, 446). Et eksempel på dette sås ved informant Pelle (s. 26), der var i tvivl om hvorvidt hans selvmordstanker var opstået efter en behandler havde antydnet, at sådanne skulle til for at patienter kunne blive berettiget til behandling. Måder at undgå dette, set i cirklerne som manglende benævnelse af diagnoser, gør det muligt at se et liv eller en fortælling, hvor sygdom ikke har hovedrollen (ibid.) I cirklernes opsætning kan patienter i stedet få lov at fremstå som aktive og handlekraftige biosubjekter, som ikke har set sig kuet af institutionaliserede, medicinske autoriteter og deres sprogbrug (Brekke og Sirnes 2011, 353).

”Folk har brug for at tale, psykiatrien er bare.... Her, der medicinerer man bare. Og man taler meget lidt. Man har meget brug for at tale når man har æret udsat for ting, [...] men når jeg kigger tilbage på mit liv, så føler jeg lidt at man bare har givet mig medicin, fordi man ikke rigtig kunne hjælpe mig.” (citater, Beata, depression)

I cirklerne bliver sygdommen sekundær, mens sygdomspleje bliver et bærende element i brugernes fortællinger. Og i fællesskabet findes muligheden for at tale og blive lyttet til.

I fora på sociale medier opstår et *digitalt biologisk samfund* (digital bio-citizenship). Principperne fra en fysisk patientforening gør sig stadig gældende, om end den primære kontakt sker gennem digitale medier (Rose og Novas 2007, 442). I mit feltarbejde er de digitale biologiske samfund dog opstået i større grupperinger, hvis formål ikke kun har omhandlet behandling af sygdom. Det er eksempelvis set at opslag i en gruppe for rekreativ brug af psykedelika, har dannet et midlertidigt digitalt biologisk samfund. Dette samfund har eksisteret, mens der stadig blev kommenteret på det oprindelige opslag, hvorefter det er gået til grunde, når opmærksomheden omkring opslaget er svundet ind.

Flikkeri med doser

Jeg blev under mit feltarbejde medlem af en gruppe på Facebook, hvis primære samlingspunkt er mikrodosering: dette til behandling af depressive symptomer samt øget kreativitet og forbedrede sociale færdigheder. I gruppen er opstået en form for digitalt sygefællesskab, hvor brugere kan søge støtte og vejledning blandt ligesindede. Gennem måneders feltarbejde har det været muligt at observere, hvad antropolog Natasja Kingod (2020) har beskrevet som den *flikkende m-patient* (tinkering m-patient). Igen drager jeg her paralleller til et samfund bestående af diabetikere. Kingod har lavet feltarbejde blandt patienter med type 1 diabetes i Danmark. Her har hun fulgt deres adfærd på sociale medier og i den fysiske verden, når de har præsteret at *flikke* (tinker) med deres diabetesteknologi, så den bliver tilpasset deres sygdomspleje i hverdagen bedre (Kingod 2020, 152). Begrebet omfatter gentagende eksperimenter med menneskelige og ikke-menneskelige aktører (ibid, 154), og flikkeriet bliver af Kingods informanter delt på sociale medier. M-patienten opstår i det øjeblik, at de sociale medier, såvel som teknik til behandling eller overvågning af sygdomme, er at finde på mobile enheder som smartphones (ibid, 159). Diabetikere er størstedelen af deres tid som patienter overladt til sig selv, og står derfor selv for deres sygdomspleje. Når de er nødsaget til konstant at overvåge sig selv og deres biologiske værdier, kaldes det *egen-håndtering* (self-management) (ibid, 153). Overført til min felt, hvor mikrodoseringspatienterne også ofte udfører behandlingen som selvmedicinering, har jeg valgt at kalde det *egen-pleje*.

Den flikkende m-patient viste sig i mikrodoseringsgruppen som diagnosticerede brugere, der delte erfaringer med egen-pleje af psykiske problemstillinger gennem type og dosis af psykedelika. Flikkeriet opstod især, når brugerne udvekslede erfaringer omkring dyrkning af egne

psilocybinsvampe i såkaldte *growkits*⁶, hvilket fremstod som en hel videnskab i sig selv. At skrue på opbevaring, temperatur og lys, kunne få afgørende betydning for de *flushes* (høster), som dyrkningerne kunne give. Af respekt for brugernes privatliv, har jeg valgt ikke at dele eksempler på opslag her. Dog har jeg, efter samtale med flere informanter, der dyrkede deres egne psilocybinsvampe med hensigt på mikrodosering som egen-pleje, erfaret at en god høst kunne være af stor økonomisk betydning. Dette vender jeg tilbage til i afsnittet '*Økonomi er et vidt begreb*' (s. 39).

Kingod beskriver desuden hvordan en unødvendig opdeling af internetbaseret og fysisk etnografi stadig går igen blandt samfundsfaglige forskningsprojekter (Kingod 2020, 155). Jeg medgiver at identitet på sociale medier og i fysiske rum for mine informanter har været flydende: opslag på sociale medier har for flere ført til venskab og støtte i den fysiske verden, og siden det psykedeliske samfund i Danmark endnu er afgrænset i antal af medlemmer, der taler åbent om deres brug, har det gjort det muligt for patienter på tværs af landsdele at dele erfaringer med psykedelisk behandling. Dog vil jeg også argumentere for at muligheden for anonymitet og kryptering af samtaler på sociale medier, har været af så afgørende betydning i mit feltarbejde, at jeg vurderer en adskillelse mellem de to som relevant, i et vist omfang. Når patienter eller behandlere anvender metoder, der ikke er godkendt ifølge dansk lovgivning, og derved føler de må skjule deres adfærd på sociale medier, er der argument for at den digitale og fysiske verden endnu må deles op eller som minimum påpeges, når der udføres samfundsfaglige undersøgelser af patientforhold, idet færden på sociale medier fremstår markant anderledes end færden i den fysiske verden. Senere i specialet vil jeg vende tilbage til overvejelser omkring ulovlig adfærd, og hvordan behandlere og patienter indgår aftaler omkring dette (s. 51).

At søge efter den rette kur; at finde den rette pleje

Sygdomspleje for sindslidende viser sig at indeholde flikkeri, som det også ses hos andre kronisk syge. At få en diagnose, hvadenten det er fysisk eller psykisk sygdom, kan være en livsomvæltning for patienten. Det vil i mange tilfælde medføre at han eller hun forsøger at finde en kur, der kan bringe livet uden sygdom tilbage. For kronisk syge er dette dog oftest ikke muligt.

”Kan en lille smule LSD på daglig basis kurere os for ondt i livet?” (information.dk 2017)

”Magiske svampe kan være kuren mod svær depression” (illvid.dk 2021)

”En kur mod mørket” (weekendavisen.dk 2023)

Ovenstående er de øverste tre forslag, der dukkede op på søgemaskinen Google, da jeg indtastede ordene 'psykedelika' og 'kur' – og listen af forslag til artikler var lang. I de senere år er negativ omtale af psykedelika blevet erstattet af overvejende positive historier om stoffernes evne til at hjælpe på (og ofte ligefrem kurere) psykiske problemstillinger, hvilket i nogle tilfælde viser sig at have en negativ effekt på oplevelsen af udfald efter endt behandling (Yaden, Potash, og Griffiths 2022). Særligt medier og industri bidrager til de meget positive historier om psykedelisk behandling (ibid), hvilket kan føre til at patienter, der er villige til at gå langt for at blive af med deres problemstillinger, får forhåbninger om en kur, som kan ende med at skuffe dem. At medier påvirker opfattelsen af begivenheder, og i dette tilfælde behandlingsmuligheder, hænger sammen med de begreber, jeg tidligere har beskrevet 'bio-'. I dette henseende kaldes det en påvirkning af det *biopolitiske landskab* (biopolitical landscape) (Brekke og Sirnes 2011, 365). Det samme skete, da der i psykedelikaens historie blev erklæret 'war on drugs' (s. 12). Ændringer i det biopolitiske landskab kan betyde en ændret holdning hos befolkningen, hvilket både kan påvirke den politiske dagsorden og motivere investorer til at bidrage med flere økonomiske midler til forskning (Brekke og Sirnes, 366). Et andet eksempel på mediers påvirkning af det biopolitiske landskab vil blive bragt senere i specialet, hvor flere artikler henviser til en stigende ulighed i sundhed, hvilket i foråret 2023 fik massiv dækning i nyhedsbilledet (s. 59).

”Det var ikke fordi jeg var kureret derfra, det satte ligesom bare gang i en proces” (citater, Frej, depression)

Ingen af de 19 patienter omtalte psykedelika som en kur, der havde helbredt dem for alle symptomer, og de fleste gav udtryk for at de ønskede at gentage makrodoser i fremtiden, mens enkelte mente at mikrodosering ville være tilstrækkeligt i deres tilfælde. Det gjaldt dog i alle samtaler, at skellet mellem pleje og dét, at kurere, blev udhvisket i takt med at jeg lærte om stoffernes indvirkning på mine informanternes liv:

”Jeg føler også at der er nogle ting, hvor at det næsten sådan har 'kureret' mig – det med at ... ej jeg vil nu alligevel ikke... det ved jeg ikke... ej jeg vil nok sige at det først og fremmest er en vedvarende behandling, hvor [...] det hjælper med at støtte. [...] Men det har ikke som sådan kureret noget som helst. Og jeg føler at hvis jeg ikke sådan selv

arbejder med det bagefter, så ... og integrerer det i mit liv, så kan det sgu være lige meget næsten.” (citater, Stian, vinterdepression)

Mol har, i sin beskrivelse af diabetikers håndtering af sygdom, udhvisket grænsen mellem kur og kontinuerlig pleje (Mol 2008, 1), hvilket er det samme der er sket i mine samtaler, hvor det ikke har givet mening at danne en adskillelse mellem de to. I bedste fald åbner det op for en diskussion af hvad sygdomsopfattelse er – og i så fald hvad det betyder for den enkeltes subjektive opfattelse af 'at være kommet sig'. I værste fald kan det give et uforløst håb til kronisk syge. Hvordan dette tager sig ud, vil jeg uddybe i følgende afsnit.

Økonomi er et vidt begreb

”Jeg betaler nok 10 kr. grammet, hvis jeg har et godt growkit fra Zamnesia. Det vil sige... 5 mikrodoser for 10 kr. [...] så omkring 20 kr. om måneden for at holdes stabil. Det er måske også derfor medicinalindustrien ikke vil gå ind i det, det er alt for billigt. Den anden medicin jeg har fået, den har kunnet koste... 400 kr om måneden?” (citater, Piet, vanskeligheder relateret til autismspektrumforstyrrelse)

Ovenstående informant anvendte både mikro- og makrodoser som selvmedicinering. Mikrodoseringen, som var hans primære behandlingsmetode, tog sig markant billigere ud, end den behandling han kunne få gennem egen læge, og for ham blev det endnu et argument for ikke længere at benytte sig af konventionelle medicinformer.

En anden informant, der benyttede sig af assisteret MDMA-terapi, udtrykte dog det modsatte. Han var bevidst om at timelønnen for de deltagende terapeuter spillede en rolle, men tilkendegav også at det ikke var en behandlingsform, man uden videre kunne betale for som modtager af SU:

”Men der er det med MDMA-terapi, det er, at den er skidedyr. Jeg betalte næsten 8000 kr. per gang.” (citater, Finn, PTSD, angst og depression)

Den terapiform, Finn modtog alene med flere behandleres tilstedeværelse, var blandt de dyreste i mine undersøgelser. Ifølge ham, havde han dog ikke været behandlingerne foruden:

”Så langsomt, så lige pludselig var den [angsten] bare væk. Og så begyndte jeg [...] at kunne tale åbent om nogle af de grimme oplevelser, jeg har haft i mit liv. Og jeg kunne gøre det på en måde, som jeg aldrig nogensinde har gjort før. Jeg kunne rent faktisk sidde og sige til mig selv: ’det var ikke din skyld – der er ikke noget galt med dig’. Og jeg troede på det... for første gang.” (citater, Finn, PTSD, angst og depression)

Til stede ved behandlingerne havde været en psykolog og en psykoterapeut, som havde fået Finn til at føle sig tryk, og som havde lyttet, når han havde fortalt.

”Det svinger selvfølgelig lidt [hvor længe effekten varer ved], ikke. Fordi det er jo ikke en mirakelkur på nogen måder [...] Men jeg kan mærke at jeg føler mig mere... jeg har mere selvtillid, mere selvværd” (citater, Finn, PTSD, angst og depression)

Mens Finn ikke kunne give et definitivt svar på, hvor længe den assisterede terapi havde positiv indflydelse på hans problemstilling, hørte jeg fra ovenstående en antydning af håb, som gik igen blandt mine informanter.

Hvad jeg i dette speciale kalder *håbets økonomi* (economy of hope), gjorde sig gældende hos de af mine informanter, der håbede at blive helt af med symptomer som følge af psykedelisk behandling. Håbets økonomi kommer her til udtryk i et *moralisk* perspektiv, hvor patienter kan komme til at skubbe dårlige erfaringer væk, idét de ikke taler ind i det håb, som for nogen er altafgørende i livet med en kronisk diagnose (Rose og Novas 2007, 442). Håbet bliver en økonomi i den forstand, at både patienter, virksomheder og investorer er villige til at handle på de fremtidsaspekter, det indeholder (ibid). Dette betyder at håbet for en kur, tildeler patienten en vis *bioverdi* (biovalue), idet han eller hun er villig til at betale, for at få indfriet sit håb.

En anden tilgang til håbets økonomi, vil vise sig som den *politiske*. I biosociale grupperinger kommer den til udtryk gennem aktive patienter, der i deres søgen efter bedring kan indgå i politisk aktivisme, skabe fundraisings til fordel for grupperingerne samt indgå aftaler og oprette normer for disse, hvilket kræver et vist engagement fra medlemmerne (Rose og Novas 2007, 452). Engagementet opstår, når de aktive patienter kan skue en lysere fremtid. I grupperingerne, jeg besøgte, oplevede jeg det særligt opstå i håbet for at hjælpe andre: hvis et budskab om alternative behandlingsformer med mulig effekt kunne hjælpe andre, der sad fast i en ond cirkel, var det værd at lægge frivillige kræfter i.

Håb indeholder dog en skyggeside. Idet begrebet er fremadskuende, er der også den vinkel, der skues bort fra: frygt, rædsel og angst (Rose og Novas 2007, 442). Hos flere af mine informanter kom det til udtryk som angst for at falde tilbage i depressive tankemønstre:

”Jeg har brug for at få slukket den der kværnen inde i hovedet, og det er det mikrodosering gør for mig [...]. Jeg kan mærke at de der negative tankeloops, der plejer at køre inde i mit hoved, de stopper med at være der.” (citater, Beata, depression)

For andre informanter var der en større angst for at skulle tilbage i konventionel medicinsk behandling, mens flere endnu oplevede en frygt for at blive straffet for deres adfærd, som er i modstrid med dansk lovgivning.

”Dét, at det er ulovligt har i hvert fald for mig gjort, at jeg har læst mere om det. Men hvis det var lovligt, var den information nok også lidt lettere tilgængelig, og man ville ikke føle sig som en lyssky type, når man opsøgte den. Informationen ville virke mere valid, fordi det så kunne være fra Sundhedsstyrelsen, i stedet for at man ender med at gå ind i fora for folk der bare godt kan lide at trippe.” (citater, Piet, vanskeligheder relateret til autismespektrumforstyrrelse)

Delkonklusion

Patienters frie valg behøver ikke stå i modsætning til god sygdomspleje i patienters egen optik. Deres behandlere i det offentlige sundhedsvæsen er muligvis ikke enige i, at det er det rette at fravælge antidepressiva, men for mine informanter har det betydet at de er begyndt at udvise handlekraft som aktive patienter, hvilket har givet dem status som biosubjekter og lagt afstand til den patientliggørelse, de har oplevet førhen.

Det er muligt, at nogle patienter bevæger sig mod psykedelika i håb om at finde en kur mod deres symptomer, men undervejs i forløbet er definitionen af dette begreb blevet flydende, og kontinuerlig sygdomspleje i form af terapi, egen-pleje og opfølgning blandt ligesindede i integrationscirkler er trådt i stedet. Den omsorg der gives i cirklerne, er med til at nuancere begrebet ’sygdomspleje’, idet det ikke kun er dækkende for behandling af fysiske sygdomme, men også omfatter tilstande som eksempelvis kronisk depression. Dette betyder også en udvidelse af opfattelsen af hvad det vil sige

at være syg eller rask, og i de psykedeliske grupperinger, jeg har besøgt, er det ikke længere en kur der søges, men i stedet et ønske om kontinuerlig pleje, forstået sådan, at man vil lyttes til, mens fortsat behandling ikke nødvendigvis betyder at man ikke er i bedring – men at man giver sig tid til at komme sig under de forudsætninger, der er blevet givet. Begrebet 'pleje' gør patienter til aktive individer, der selv er med til at forme deres forløb.

Medier holder endnu fast i brugen af begrebet 'kur', hvilket kan skabe et håb hos nogle patienter, der muligvis ikke vil blive indfriet ved brug af psykedelisk behandling – selvsamme følelse af håb kan dog vise sig hos både den individuelle patient og i grupperinger, når det som rettesnor er med til at skabe den aktive patient, der engagerer sig arbejdet for at fremme behandlingsformen enten økonomisk eller politisk.

Håb kan opstå som følge af en følelse af ulighed – dette mellem syg og rask, i mulighed for behandling i det offentlige sundhedsvæsen eller efter diskrimination i private forsikringselskaber (Rose og Novas 2007, 452). Dette vil jeg udbrede i Kapitel 3, når jeg ser nærmere på hvordan lighed i sundhed har vist sig i mine informanternes fortællinger, ligesom jeg vil se nærmere på det ansvar, der påhviler behandlere og den enkelte patient i psykedelisk terapi.

Kapitel 3

Markedet

Patienter, der køber medicin med deres egne penge, vil i nogen grad kunne opfattes som kunder. På det illegale marked, hvilket markedet for psykedelisk behandling tilhører, gør dette sig gældende, endda i højere grad, end når den danske stat⁵ støtter eksempelvis medicinsk behandling gennem subsidier. Også derfor har jeg fundet det relevant at undersøge, hvordan markedet reguleres samt hvordan det henvender sig dets kunder.

For at vende tilbage til eksemplet om diabetespatienter, er det i nogle tilfælde problematisk, når der sælges teknologi til monitorering af blodsukker uafhængigt af pleje-enheder, hvor sygeplejersker eller læger ellers kan bidrage til den rette løsning for patienten (Mol 2008, 17). Reklamer henvendt til enkelte grupper kan nå individer, der enten misforstår budskabet eller føler sig forkerte, fordi de ikke er inkluderet i den gruppe af patienter, reklamen henvender sig til. Mol beskriver en situation, hvor hun som diabetespatient ser en reklame for et apparat, der burde kunne muliggøre vandring i bjerge for patienter med type-1 diabetes, hvilket ikke ville være muligt for flere af hendes informanter. I en pleje-enhed, ville sygeplejersker og læger kende deres patienter godt nok til ikke at foreslå en så omfattende monitorering af blodsukker, til patienter hvor det ikke var relevant (ibid, 16).

Indenfor psykedelisk terapi *kan* det samme gøre sig gældende, uden at det nødvendigvis altid forholder sig sådan. Egen-pleje, hvilket i min undersøgelse ofte har baseret sig på mikrodosering, gør ofte patienten til en kunde – reklamer på sociale medier, der på grund af algoritmer og sporing på tværs af apps, er skræddersyede til patienter, kan tilbyde alt lige fra færdiglavede mikrodoseringskapsler til mikrodoseringschokolade og growkits (jeg ved dette, da jeg under mit feltarbejdes færden på sociale medier pludselig, og til min overraskelse, så at reklamerne på min Facebook var byttet ud med tilbud på såkaldte 'trøfler'⁷, som kunne bestilles hjem gennem netbutikker i primært Holland). Algoritmens begrænsninger, der gør mennesker med psykiske udfordringer til kunder før patienter, tager ikke højde for disses individuelle bevæggrunde for behandling – og egen-plejen vil ikke være rettet mod den enkelte patients særlige behov. Dette kan både betyde at patienter køber sig til en behandling, der ikke vil virke for dem, ligesom det kan betyde at de får en eventuel dårlig oplevelse med behandling af psykedelika. Dette kombineret med en manglende nær relation til den behandler, der deltager med sin patient på den psykedeliske rejse, kan bidrage til den skuffelse over behandling, jeg omtalte i afsnittet '*At søge efter den rette kur; at finde den rette pleje*' (s. 37).

I følgende citater forklarer en behandler, hvorfor den indledende samtale, her omtalt screeningsproces, er vigtig for hver enkelt patient (og ligeså behandler):

[...] Når man sidder med folk, der døjer med svære mentale lidelser eller udfordringer, så skal man være bevidst om at de bliver klædt på til at håndtere, hvad der er blevet åbnet op for i terapien, så man ikke ender med at enten retraumatisere eller yderligere traumatisere dem.” (citater, behandler)

Behandleren understreger med ovenstående, hvorfor det er vigtigt at møde patienten før en eventuel terapeutisk session med brug af psykedelika – de skal selv være i stand til at kunne håndtere de traumer, der muligvis åbnes op for, således at de ikke ender med at få det værre af behandlingen. Netop dette element mangler, når en patient yder egen-pleje, der ikke er aftalt med en behandler. Behandleren, som udtalte ovenstående, forklarer yderligere:

” En standard pakke koster 8000-10.000 [kr.]. Det er for selve screeningprocessen, de går igennem; det er mødet med terapeuten - en indledende samtale med undertegnede og minimum en indledende terapi session. Det er selve rejsen med medicin med to terapeuter, som bruger et sted mellem 8-12 timer på dagen, og så har vi en integrationsproces efterfølgende, som tager halvanden time. Den skal helst ligge få dage eller en uge efter vi har haft vores rejse sammen.” (citater, behandler)

Behandleren havde i nogle screeningsprocesser oplevet at måtte nægte patienter behandling – af den grund at udfaldet kunne forringe patientens tilstand, hvilket ikke er ønskeligt for hverken af parterne. Indenfor den terapeutiske praksis, som de fleste af mine informanter havde benyttet, så jeg at behandlingen efter screening af patienterne blev tilpasset den enkelte, hvor også måden at reklamere på udformeredes anderledes end ved egen-pleje. Indenfor terapeutisk praksis så jeg nærmere mund-til-mund-anbefalinger (både i fysiske og internetbaserede grupper) som bærende for terapeuters omtale, hvor tillid til personen, der anbefalede, var vigtig.

Ansvar, der i tilfældet af egen-pleje lægges hos patienten, er da i terapeutisk praksis også delt med behandleren, hvorfor det også er i dennes interesse at opnå bedst mulige udfald for hver enkelt patient.

Dette vil jeg i næste afsnit gå dybere ind i, når jeg viser hvordan ansvaret udfolder sig både hos og mellem behandlere og patienter.

Ansvarlighed brugere i mellem

Jeg mødte Jon i hans eget hjem i september 2022. Han boede sammen med sin kæreste og sine kæledyr i en mindre lejlighed i en forstad til København. Da jeg trådte ind, undskyldte han med det samme for rod og de mange stablede flyttekasser – han og kæresten var i gang med at pakke, så de snart kunne flytte til noget større. Han afsluttede snart sin bachelor, hvilket betød nye muligheder. På væggene hang der trommer, som endnu ikke var blevet pakket ned, og som jeg undervejs i samtalen fandt ud af blev brugt til trommedans og healing uden brug af psykedelika. Jeg takkede ja til tilbud om thé, og fik, mens han forberedte den, mulighed for at kaste et blik på en bogreol, der bl.a. indeholdt flere bøger om indsamling af svampe i den danske natur.

Jon havde haft flere reaktioner på en autismspektrumforstyrrelse, som først var blevet opdaget sent i hans liv. Han havde bl.a. en baggrund som tidligere alkoholaafhængig, men nu flerrårigt medlem af AA – Anonyme Alkoholikere. For ham betød fællesskabet til andre brugere meget, både ved brug af stoffer og ved afholdelse fra dem. Hvad han beskrev som 'stofbrugerkultur' ramte mig især:

”Der er jo også en stofbrugerkultur. Jeg begyndte jo at tage det [psilocybin og LSD], da det var lovligt. Eller da det i hvert fald ikke var kriminaliseret til et punkt hvor politiet eller myndigheder gad gøre noget ved det. [...] Og der sagde vi også til hinanden: 'du skal nok være forsigtig med det her'” (citater, Jon, vanskeligheder relateret til autismspektrumforstyrrelse)

Hvad der i vores samtale kom til udtryk som stofbrugerkultur (med Jons egne ord en form for intern forståelse af en kultur blandt mennesker, der brugte illegale stoffer), gik igen blandt andre patienter og behandlere under begrebet ansvar. Jon beskrev det som en måde at minde hinanden om at passe på. Han eksemplificerede sit udsagn ved at fortælle mig om måden hvorpå der (i hvert fald for år tilbage), var blevet lavet en aldersbegrænsning ved køb og salg af kraftige psilocybinsvampe på Christiania, en fristad i København kendt for at sælge illegale stoffer:

”De nægtede simpelthen at sælge visse styrker af svampe [...] til folk under 21. Og det er jo ikke fordi der er nogen medicinsk faglighed, der har stået og sagt, at 'det der, det

skal vi lige have en aldersbegrænsning på’. Men stofbrugerkulturen har sagt til sig selv: ’Nåhmen, det kan godt være vi lige skal have en restriktion’. Og som sådan tænker jeg også der er nogle normer iblandt folk, der bruger stoffer, bare. Som maner til besindighed.” (citater, Jon, vanskeligheder relateret til autismespektrumforstyrrelse)

Jon var af den overbevisning at brugere til en vis grad passer på hinanden – hvad jeg også oplevede gå igen blandt andre informanter. Piet, som vi mødte i forrige kapitel, var af lignende overbevisning:

”Jeg vil ikke anbefale nogen at gøre det [tage psykedelika] på noget tidspunkt, men hvis de vil selv, hvis de viser interesse. Så vil jeg hellere have at de kommer igennem det på en ordentlig måde, under ordnede forhold – så der ikke er noget, der går galt.” (citater, Piet, vanskeligheder relateret til autismespektrumforstyrrelse)

Piet, der primært brugte psykedelika som egen-pleje, havde enkelte gange brugt psykedelika sammen med andre – oftest nyere brugere, der ikke følte de havde nok erfaring til at forsøge at behandle på egen hånd. Piet gentog flere gange under vores samtale, at han ikke ville opfordre andre til at bruge psykedelika, til trods for at han kunne fortælle at det havde afhjulpet hans mangeårige angstlidelse. Han så det dog som mere ansvarligt, hvis uerfarne brugere de første gange rejste med mere erfarne brugere, hvilket han opfattede sig selv som. Dette for at undgå unødvendigt dårlige oplevelser.

Jeg oplevede et lignende ansvar brugere i mellem ved de integrationscirkler, jeg fik lov at deltage i. Her handlede det dog ikke om at mane til forsigtighed, men i stedet om at gribe de, der havde svært ved at finde fodfæste efter psykedelisk behandling. Deltagerne gav udtryk for et vist ansvar mod det samfund, de blev del af gennem cirklerne. Tilhørsforhold til, til hvad jeg tidligere kaldte biosociale grupperinger (s. 34), kan være medvirkende til at deltagere, der identificerer sig som en del af disse samfund oplever en ansvarsfølelse (Rose og Novas 2007, 449) og derved bliver motiveret til at bistå andre deltagere i deres integrationsproces.

Forholdet mellem patienter og de biosociale samfund er gensidigt. Hvad der især adskiller sig fra konventionel behandling i det offentlige danske sundhedsvæsen, er at behandlere i det psykedeliske miljø indgår i de biosociale samfund sammen med deres patienter. Dette ses både under udførelse af behandling, hvor behandlere følger deres patienter på den psykedeliske rejse, i en efterfølgende integrationsproces (begge dele beskrives nærmere senere i dette kapitel, s. 54 og 56) samt i det delte ansvar, der ligger i patient-behandler-relationen (s. 50).

En samtale med en af behandlerne ledte mig til at gå videre med min internetetnografi, hvilket førte mig til hjemmesiden for den nok største organiserede gruppering indenfor brug af psykedelika i Danmark. På hjemmesiden fandt jeg en artikel, der opfordrede brugere og patienter til at tænke sig en ekstra gang om, før de valgte at gå videre med behandling hos shamaner eller terapeuter og på den måde undgå 'brodne kar' og mislykkede behandlinger (psykedelisksamfund.dk 2021). Artiklen beskrev desuden hvordan grupperingen for nuværende ikke havde mulighed for at gå ind i sager, hvor patienter og brugere følte sig dårligt behandlet, men at de stadig gerne hørte om sådanne tilfælde, så de kunne råde og vejlede bedst muligt.

Denne følelse af ansvar kom til udtryk mellem behandlere også.

Ansvar mellem behandlere

”Der er behov for en monitoreringsproces omkring det psykedeliske terapiarbejde, som er til rådighed for både terapeuter og klienter. Der kan findes blinde vinkler, der nemt bliver overset og de udspiller sig i uheldige situationer for både garvede psykologer, terapeuter, eller ayahuasca-shamaner med mange årtiers erfaring. Der er flere uheldige tilfælde af shamaner [...], der bliver pengebegærlige eller i værste fald begår overgreb på deres klienter. Visse terapeuter får måske ikke bearbejdet deres udfordringer eller finder rette støtte til at kunne møde deres klienter tilstrækkeligt og der tabes både liv og skæbner på gulvet.” (citater, behandlere)

De behandlere, jeg mødte, gav udtryk for stor respekt overfor deres felt og for de mennesker, de arbejdede med – deres kolleger i faget ligeså. Ovenstående citat stammer fra en behandler, der mente at feltet til dels allerede var under opsyn – fra feltet selv. Denne så det dog som strengt nødvendigt at der blev fulgt op på tilfælde, hvor behandlere havde ageret uansvarligt overfor deres patienter – noget der dog ikke altid kan ske, i en verden hvor brugere af illegale stoffer kan være nervøse ved at anmelde deres behandlere til de offentlige myndigheder i Danmark, muligvis af frygt for at en del af straffen kan tilfalde dem selv.

Den gode praksis omkring pleje kræver involvering af det større kollektiv (Mol 2008, 75), hvilket er et ønske jeg så gå igen blandt de behandlere jeg interviewede. En enkelt fortalte mig endda at en sådan regulering, som skete behandlere i mellem, var uundgåelig. Behandleren mente dog ikke at en

sådan regulering kunne komme fra instanser, der også stod for regulering af sundhedsvæsen, særligt psykiatrien, der i forvejen er under pres:

”Vores lægesystem er på nuværende tidspunkt ikke klædt ordentligt på til arbejde med eller regulere det psykedeliske terapifelt. Folk med psykiske udfordringer henvises til en presset psykiatri, som oftest symptombehandler med medicin imod psykiske udfordringer, hvor mange oplever ikke at finde ind til roden af deres lidelser. Indtil videnskaben og et samlet felt af læger, psykiatere og psykologer kan stå bag en fælles løsning indenfor psykedelisk terapi, så vil vi se folk søge hjælp i undergrunden.” (citater, behandlere)

’Det større kollektiv’ betød i denne behandlers perspektiv et kollektiv begrænset til et felt af professionelle, der i forvejen har kendskab til psykedelisk terapi, og som for nuværende arbejder med det i undergrunden:

”Jeg har en måske naiv tro på at feltet er ved at regulere sig selv. Kan der finde en offentlig samtale sted om både gode og dårlige erfaringer, således at de uheldige tilfælde ikke holdes ude af rampelyset, så kan klienter bedre navigere i hvad deres respektive behov består af. Vi begynder at komme dertil nu, men det kræver en vis størrelse af feltet. Vi er ved at være der nu, men der har været nogle år, hvor det har været et problem.” (citater, behandlere)

Ifølge flertallet af de behandlere, jeg mødte, krævede en regulering af feltet, at de regelmæssigt gik hinanden efter i sømmene, men at det skete uden at skabe mistillid. Det psykedeliske felt er under en oplevet ekspansion, hvilket også betyder at nye patienter såvel som behandlere tiltrækkes, hvilket ikke er uden risici. Jeg oplevede dybe etiske overvejelser i mit møde med samtlige behandlere, dette på både deres egne og andres vegne. Jeg fandt det også interessant, at flere af disse, til trods for at de gerne så feltet adskilt fra offentlige behandlingstilbud, stadig ønskede mere efteruddannelse til eksempelvis læger, sygeplejersker, ambulancereddere og politi:

”Første skridt er også at informere sundhedsvæsen, læger, psykologer, for den sags skyld også politi – herhjemme. Så de ved hvordan de skal håndtere en person, der har det svært.” (citater, behandlere)

Ønsket, der også gik igen blandt flere af de interviewede patienter, virkede ikke som et forsøg på at give ansvar videre, men kunne tolkes som bekymring for de patienter, der var uheldige under enten egen-pleje eller uetisk terapi. Samme behandlere forklarede, at sundhedsvæsenet er parat til at håndtere fysisk dårlige personer, der har taget overdosis af stimulanser som eksempelvis kokain, mens de er uvidende omkring hvordan man håndterer en person, der er psykisk belastet efter en ubehagelig oplevelse med psykedelika.

Ingen af mine informanter havde haft dårlige oplevelser med deres behandlere. En enkelt behandler gav dog udtryk for at denne havde haft en dårlig oplevelse med en patient, og heraf var blevet nervøs for om patienten ville gå videre med den dårlige opfattelse. Jeg anbefalede behandleren at kontakte grupperingen, der havde udgivet den artikel, jeg refererede til i forrige afsnit, men gik derudover ikke nærmere ind i historien, da jeg oplevede det lå uden for mit emne og tillige ansvarsområde som antropolog. Det mindede mig dog om, at ikke kun patienter er udsatte under psykedelisk terapi. Det er også i høj grad de, der yder den. Forholdet mellem behandler og patient indebærer gensidig tillid og ansvar. Dette vil jeg uddybe i følgende.

Gensidighed mellem patient og behandler

Under et interview, jeg havde med Jannik i foråret 2023, blev vores samtale afbrudt af hans telefon, der ringede. Han undskyldte mange gange. Det var hans terapeut, og han spurgte om det var okay, at han besvarede opkaldet. Vi sad på en bænk på Amager Fælled, og han rejste sig og gik et stykke væk, mens jeg blev siddende og undrede mig over hvorvidt den eng, vi havde udsigt over, mon var grosted for de psilocybinsvampe, flere af mine informanter samlede i efteråret.

Da han kom tilbage, undskyldte han igen. Han fortalte mig, at han havde været til terapi på en høj dosis et par dage forinden, og at terapeuten derfor ringede for at høre, hvordan han havde haft det i de efterfølgende dage.

Jeg nikkede, da han spurgte om diktafonen stadig kørte – og så fortalte han videre. For første gang i de måneder, jeg havde fulgt Jannik, delte han et traume med mig, som han og terapeuten mente kunne være medvirkende årsag til den stress og angst, der havde fyldt i hans hverdag. Da han fortalte mig

om et familiemedlem, der havde fået ham til at gøre ting, han ikke brød sig om som barn, og om lugten fra den sæbe, familiemedlemmet havde fået ham til at vaske sig med efterfølgende, oplevede jeg følelser af vrede og kvalme, samtidig med at jeg måtte kæmpe for at holde tårerne tilbage. I den psykedeliske terapi havde Jannik fået mulighed for at rejse tilbage og genopleve minderne derfra, hvorefter han havde talt, grædt og ifølge ham selv sluppet det traume, som familiemedlemmet havde påført ham. Under den psykedeliske behandling var det første gang, han havde fortalt nogen om de overgreb han var blevet udsat for i sin barndom.

”Det var koldt på det tidspunkt, så jeg kunne bare se, når jeg åndede. Og så røg de ud, alle de der negative tanker – det lignede nordlys og regnbuer, det var så vildt at se. At det bare væltede ud af munden på mig. Alt det dårlige, jeg skulle slippe. [...] Altså jeg har også gået til en masse terapi, men jeg ville aldrig være kommet i nærheden af de følelser jeg havde den aften, overhovedet ikke.” (citater, Jannik, depression, stress og angst)

At Jannik delte traumet med sin terapeut, lagde et vist ansvar hos hende – ligesom hendes terapiesessioner med ham, lagde et vist ansvar hos Jannik. At arbejde med psykedelika uden tilladelse som behandler, kan betyde at den autorisation, man som psykolog, læge eller psykoterapeut har arbejdet for at opnå, mistes, hvis information om virket lækkes til personer eller myndigheder, som ikke er for det illegale foretagende. Det modsatrettede ansvar blev omtalt af informanter som ’tavshedspligt’, og også derfor bad jeg dem sjældent uddybe mere, end hvad de selv udtalte om deres behandlere. På denne måde kan det siges at der påkræves gensidig tillid og ansvar, hvis en terapeutisk relation skal begynde og vedholdes i det psykedeliske felt. Det styrker relationen yderligere, at både patient og behandler indgår i samme biosociale samfund. Den delte forståelse og respekt, de udtrykker overfor rejsen på psykedelisk medicin, terapien og integrationsarbejdet efterfølgende, binder dem sammen i en biosocialitet, patienterne ikke gav udtryk for at opleve indenfor konventionel behandling.

En samtale med værdig kommunikation er definerende for det, Mol beskriver som god pleje (Mol 2008, 76). Og hvad der i dette tilfælde definerer det gode, er de foranderlige og over tid diskuterbare elementer – hvad der for patienter vil være subjektive ønsker for behandlingen (ibid). Netop disse

subjektive ønsker indgår ikke i en standardiseret, konventionel behandling af eksempelvis depression, hvilket jeg også vil forklare yderligere i afsnittet '*Ulighed i baggrund – ulighed i sundhed*' (s. 58).

Det vil ofte kunne anskues sådan, at når patienter betaler for en form for pleje, afskriver de sig dermed for pligten til at føle taknemlighed overfor den, der yder pleje (Mol 2008, 14). Hvis plejen tilbydes af en nærtstående, kan patienten føle det som nødvendigt at udvise taknemlighed, mens en betalt plejer ikke på samme måde skyldes tak. Det forholder sig dog anderledes i det psykedeliske felt, hvor jeg så patienter nære stor taknemlighed til deres behandlere – hvorfor også de tidligere advarsler mod 'brodne kar' fra en behandler selv, bliver relevante.

Adriana Petryna (2013) begyndte i 1996 et årelangt feltarbejde i Ukraine, der indtil få år forinden var del af Sovietunionen (Petryna 2013, 130). Her interviewede hun patienter, som mente at være påvirkede af stråling fra atom-ulykken i Chernobyl i 1986. Ifølge Petryna var ukrainernes forhold til sygdom stærkt påvirket af en sovjetisk tilgang, hvor mennesker helst ikke kaldte sig syge, idet det kunne gå udover deres arbejdsevne og derved mulighed for at deltage aktivt i samfundet (ibid, 176). Også flere behandlere i Petrynas studie lader til at være af denne overbevisning, og med forskellige forklaringer afvises strålepåvirkede patienter oftest som værende psykisk og *ikke fysisk* udfordrede, hvilket bekræfter patienter i, at de ikke bør søge hjælp (ibid, 167). De finder i stedet ind i biologiske samfund, hvor behandling i visse tilfælde muliggøres, da allerede diagnosticerede strålesyge patienter, kan skabe adgangsmulighed gennem mere uformelle forbindelser (ibid, 118).

Petrynas studie kan på sin vis overføres til studiet af relationen mellem patienter, der anvender psykedelika og deres behandlere. Ikke alene fordi sådanne 'uformelle forbindelser' ofte muliggør kontakten mellem de to, men i begge tilfælde bygger relationen på en stor mængde tillid. Petryna beskriver hvordan patienter med psykiske udfordringer underskriver en kontrakt sammen med deres behandler (Petryna 2013, 175), men hvor kontrakten i dette tilfælde skal beskytte patienten mod den skam, folk i det tidligere sovjetiske rige forbandt med psykisk sygdom, vil det i tilfældet for dette speciale omhandle behandlernes sikkerhed.

Til gengæld får behandlere i begge studier samme rolle, idet de tilskrives ansvaret for at hjælpe patienter i en retning, hvor de "*finder metoder til at symbolisere sig selv på andre måder, end som kun værende relateret til deres sygdom*" (Petryna 2013, 171 – min oversættelse). Hvor det i Ukraine gav mening i forhold til stadig at kunne deltage aktivt og arbejde på lige fod med andre borgere i samfundet, har det i mit studie haft stor betydning i særligt de integrationscirkler, jeg beskrev tidligere, hvor patienter igen ser sig selv som mere end blot syge (s. 35).

Jeg har i det ovenstående forklaret, hvordan ansvar fordeler sig mellem patienter og behandlere, hvilket kan tolkes som om ansvaret oftest lægges uden for patienten selv. Både behandlere og patienter gav dog udtryk for at den største del af ansvaret lå hos patienten – og nødvendigheden af dette for at opnå at gøre patienter til aktive i deres egne behandlingsforløb.

De tre faser

”Den naturlige frygt, der er i folk, får dem også til at holde lidt igen.” (citater, behandlere)

En af de behandlere, jeg talte med, vedholdt at markedet for psykedelika kunne regulere sig selv, så længe det fik lov at blive i undergrunden – dertil kan også tilføjes den naturlige frygt, som denne behandler mente ville få brugere til at styre deres brug af psykedelika. Jeg har indtil nu argumenteret for at patienter og behandlere har ansvar for hinanden, men på denne måde kan det også ses som om patienterne har et ansvar for sig selv.

Jeg nævnte i afsnittet *’Økonomi er et vidt begreb’* (s. 39) at der er en skyggeside til håb – hvilket indebærer mulige følelser af frygt. Hvad behandleren beskrev som frygt for både stoffets virkning og dét at blive røbet i en ulovlig handling, hørte jeg beskrevet som respekt blandt de patienter, jeg interviewede. Patienttypen, der var kommet snublende til den psykedeliske behandling, havde opdaget stoffernes potentiale ved en tilfældighed – hvor de ved første bekendtskab havde fundet det sjovt at udforske, havde de før eller siden haft en oplevelse, der gjorde at de fremadrettet udviste større respekt overfor den oplevede effekt. Og de, der ikke havde været varsomme ved køb af eksempelvis svampesporer i growkits over nettet, fortalte mig at de tænkte mere over det, i en tid hvor flere og flere pakker blev konfiskeret i tolden med straf til følge.

Om det skal betegnes frygt, respekt eller personligt ansvar, skal de patienter, der gør brug af psykedelisk behandling i Danmark være bevidste om egne handlinger i en grad, hvor de kan overskue konsekvenserne af deres beslutning.

Overvejelse – den indledende fase

”Der er lige en overvejselsfase, hvor man virkelig får tænkt det igennem. Og der tror jeg allerede, du er langt på vej – at du har tænkt det så meget igennem, før du gør det.” (citater, Stian, vinterdepression)

En måde hvorpå patienter udviser ansvar, er i tiden op til at valget om psykedelisk behandling træffes. I denne fase er det ikke sikkert at en behandler er kontaktet, og overvejelsen ligger således hos patienten alene. Tilhører patienten den type, jeg tidligere kaldte selvhjulpen indenfor den videnskabelige diskurs (s. 24, 27) vil dette forarbejde kræve at patienten sætter sig ind i viden om dosis og effekt af forskellige psykedelika. Ikke alle patienter har overskuddet eller lysten til at tilegne sig denne viden, og beslutningen vil da måske nærmere træffes efter overvejelse omkring, hvordan et sådant skifte i behandlingsform vil påvirke relationen til familie og venner. Uanset hvad, vil en overvejelserperiode, som ender med et tilvalg, betyde at patienten bevæger sig videre i næste del af den indledende fase.

Hvis der er truffet en beslutning om at udføre behandlingen hos en terapeut, deles ansvaret allerede op, idet behandlere vil forsøge at forberede patienten bedst muligt. Som tidligere nævnt indgår screening i flere forløb, og hvis patienten vurderes at kunne få gavn af behandlingen, kan denne nu yderligere forberedes gennem introduktion til kostplaner eller regler for afholdelse fra visse aktiviteter, som i nogle tilfælde skal følges forud for behandling. Kostplanerne varierede blandt mine informanter, men kunne eksempelvis byde patienter ikke at indtage glutenholdige fødevarer, unødigt salt, sukker og fedt samt alkohol og koffein i op til 14 dage før behandlingen. Afholdelse fra aktiviteter kunne indebære al seksuel aktivitet, brug af rusmidler og anden forstyrrende stimuli. Reglerne lød ceremonielle, men både behandlere og patienter forsikrede mig om, at de banede vejen for en vellykket behandling – om muligt med mindre fysisk ubehag, end der kunne opstå, hvis de ikke fulgtes nøje.

Et sidste element i den indledende fase, hvor ansvaret igen lægges hos patienten alene, ligger i den opgave at sætte en *intention for behandlingen*. Intentionen, lærte jeg, kan være et ord eller et spørgsmål, man vil arbejde med under behandlingen

”Jeg sætter en intention, men det er sjældent at hun [plantemedicinen] tager mig lige præcis derhen, hvor jeg troede jeg skulle! [...] men så kommer jeg dér, hvor jeg har brug for.” (citater, Jannik, depression, stress og angst)

En behandler beskrev for mig, hvordan denne bad sine patienter sætte sin intention som et anker. Under behandlinger med stærke mediciner, kan en form for kaos opstå, og med et anker 'i virkeligheden' ville det måske kunne muliggøres at fastholde patienten i hans eller hendes mål for

behandlingen. Intentionen kunne indarbejdes i de uger, hvor også kost og dagligdagsaktiviteter begyndte at rettes mod udførelse af den psykedeliske del af behandlingen.

Ovenstående citat viser dog også, hvordan det ikke altid lykkes patienter at fastholde deres intention under behandlingen – nogle tillagde endda plantemedicinen så stor agens, at de mente at planten ville tage sine rejsende derhen, hvor de havde behov for at komme.

”Hun [ayahuasca] udsætter dig aldrig for noget, du ikke kan håndtere – hun kender dig”
(citat, behandler)

For igen at bruge Petrynas studie fra Ukraine, blev behandlerne da beskrevet som værende i stærke personlige relationer til deres patienter, hvor de vekslede mellem medfølelse og trussel, som for at teste deres patienter i disses styrker og svagheder (Petryna 2013, 168). Mens dette ikke var tilfældet for den rolle, de psykedeliske behandlere fik som omsorgsfulde plejere, var det bestemt tilfældet for den relation mine informanter havde til plantemedicinen, af flere omtalt *Mama Aya* eller blot *Aya*. Denne agens, der blev tillagt medicinen, vil jeg også komme nærmere i næste afsnit om den fase af behandlingen, der indebærer indtaget af medicinerne.

Udførelse

”Der kom facilitatoren så lige hen og lagde hånden på min skulder og spurgte om jeg var okay.” (citat, Jannik, depression, stress og angst)

Under høje doser af psykedelika oplever nogle patienter at blive taget tilbage til det eller de traumer, der menes at ligge til grund for deres lidelse. Jannik beskriver i nedenstående hvordan han oplevede at være tilbage til den tid, hvor han blev udsat for overgreb fra et familiemedlem, og hvordan hans behandler håndterede at han blev stærkt påvirket af minderne:

”Jeg kom helt tilbage til at være den lille dreng, der sad på skødet af Onkel [Kurt]. Jeg kunne mærke hans fedtede garbardinebukser, jeg kunne lugte hans cigarånde og mærke de der våde læber, der bare kyssede mig og fortalte mig hvilken smuk, lille dreng jeg var. Og der knækkede filmen fuldstændig. [...] og jeg sad bare og begyndte at græde op ad hende [behandleren]. Så hun tog mig med ud på den tagterrasse, der var på stedet.

Og så sad jeg bare og snakkede i én usammenhængende smøre i 3 timer” (citater, Jannik, depression, stress og angst)

Jeg har tidligere nævnt, hvordan en behandler i sit arbejde forsøger at undgå retraumatisering (s. 44), hvilket ifølge denne er en risiko, når der arbejdes med dybere lag af psyken. Jannik oplevede under behandlingen, at én af de to tilstedeværende behandlere havde set, at han var utilpas, og derfor havde lagt sin hånd på hans skulder. Herefter havde hun taget Jannik med til et afsides sted, hvor han kunne få lov at tale om sin oplevelse i timer – med en aktiv lyttende behandler ved sin side. For Jannik blev det første gang han kunne tale om de overgreb, han havde været udsat for som barn, hvor han kunne mærke en forbindelse til de følelser, der var forbundet med det. Efter behandlingen, beskrev han en oplevet følelse af tomhed, der varede i flere dage. Indtil han en dag mærkede energien vende tilbage og hvor han gennemgik det, han kaldte ’forløsning’.

Andre patienter oplevede ikke at behov for den menneskelige kontakt under behandling:

”For mig, der er planter den absolut mest ultimative terapeut. Det er som en psykolog, der kan gå ind i dig, og somatisk arbejde med den sorg og smerte, der er lagret i din krop. Og på sådan en kærlig og moder-agtig måde, hjælpe dig igennem det – hvor du bare er omfavnet af kærlighed, mens du gennemgår de her meget voldsomme følelser [...] Du kan gemme ting for en terapeut, ikke. Men det kan du ikke her. De ser lige igennem dig.” (citater, Frej, depression)

Disse patienter omtalte derimod medicinen selv som en form for terapeut. Frej, som har udtalt ovenstående, grinede ofte kærligt, når han fortalte om de oplevelser, medicinen havde givet ham. Som havde han grinet af en god ven eller et familiemedlem. Frej havde mistet sin far til selvmord, da han var bare 14 år, hvilket ifølge ham kunne være medvirkende årsag til de problemstillinger, han kæmpede med i dag. Han var dog af den overbevisning at et tab af en kæreste et par år forinden havde været dråben, der fik bægeret til at flyde over, hvilket dengang havde ført til dyb depression og selvmordstanker. Under vores samtale, fortalte han mig at planterne gav ham mulighed for at åbne op for en kærlighed, der lå dybt i ham, men som han i flere år ikke havde haft adgang til uden.

En anden af mine patienter, Finn, kunne fortælle at han under en behandling med ayahuasca, havde oplevet at dø og blive stykket sammen for igen at blive født på ny – en smerte så voldsom, at han ikke ønskede at gennemgå noget lignende igen. Han berettede dog om, at han under behandlingen

først så sin angst afbilledet som en mørk gevækst, der sad oppe over hans venstre skulder og pulserede:

”Og så sad der denne her spyflueagtige gevækst. Sådan en stor, sortbrun ting, der vibrerede og pulserede med negativ energi. Den sad lige heroppe,” (citater, Finn, PTSD, angst og depression)

Efter oplevelsen af at dø og blive skabt på ny, havde gevæksten tabt kraft. Og til trods for at den var til stede, kunne Finn nu acceptere dens eksistens. Den var blevet irrelevant for ham – hvad han selv fortolkede som at han nu havde styrke til at håndtere sin angst:

”Og jeg kom tilbage [...] og så den ting dér, der sad deroppe. Den var fuldstændig rolig og afslappet, der var ikke noget negativt over den overhovedet. Og det varede sådan flere uger efter – der var jeg sådan fuldstændig... helt-helt rolig” (citater, Finn, PTSD, angst og depression)

Finn havde ikke forsøgt at fortolke oplevelsen, mens han var påvirket af ayahuasca, ordene havde han først lært at sætte på i tiden efter. Som en behandler udtrykte:

”Begynd ikke at eftertænke, under behandlingen med Aya [kælenavn for ayahuasca]. Det er meningen at du skal have oplevelsen – du kan tænke bagefter” (citater, behandler)

I det følgende vil jeg se nærmere på netop den del af behandlingen, hvor patienter lærer at sætte ord på den psykedeliske oplevelse.

Integration – den efterfølgende fase af behandlingen

”Men igen – så tror jeg jo på at det er efterspillet, der er det allervigtigste” (citater, Stian, vinterdepression)

For flere af mine informanter gjaldt det, at tiden efter psykedelisk behandling med højere doser var afgørende for den effekt, de ville få af behandlingen. At sætte oplevelsen i kontekst til

problemstillinger og at få den til at give mening i en hverdag, hvor man ikke længere var påvirket, var medbetydende for hvor længe, patienterne oplevede effekt. Nogle informanter brugte de tidligere nævnte integrationscirkler og samværet med andre brugere, mens andre følte sig mest trygge ved at åbne op overfor en uddannet terapeut. Andre igen følte, at oplevelsen var så personlig, at de foretrak at bearbejde den uden indblanding fra andre.

”Sproget bliver bare meget fattigt i mødet med denne her type erfaring. Jeg kan godt forklare det visuelle, men det visuelle er sjældent det essentielle i oplevelsen. Det er oftere nogle følelser eller nogle oplevelser af en form for sandhed, kan man sige, som ikke rigtig lader sig oversætte til ord” (citater, Piet, vanskeligheder relateret til autismspektrumforstyrrelse)

Piet var en del af den gruppe, der ikke altid fandt det meningsgivende at dele sine oplevelser med andre, ofte fordi han oplevede at ord blev utilstrækkelige, når en psykedelisk oplevelse skulle beskrives. For ham blev behandling en personlig oplevelse, og lige så gjorde efterarbejdet. Størstedelen af mine informanter, både behandlere og patienter, gjorde dog brug af andres erfaringer, når de skulle begribe deres egne.

”Det var én af grundene til at jeg ligesom trak mig meget ud af det [en bestemt gruppe, der tilbød behandling med ayahuasca] igen – der var ikke så frygtelig meget samtale bagefter. Det var måske sådan i maksimum 5 minutter allerhøjst, fordi der sad 20 andre mennesker, der også skulle fortælle om deres oplevelse. Så vi kom aldrig rigtig ned i dybden med de indsigter, vi havde fået. Dét, synes jeg, gør det meget svært... integrationsarbejdet bagefter.” (citater, Finn, PTSD, angst og depression)

Finn havde haft sine første ayahuasca-oplevelser med en større gruppe, hvor han oplevede at der ikke blev brugt tid nok på at fortolke erfaringerne fra rejsen, hvilket efterlod ham frustreret og alene med oplevelsen. Han havde haft mulighed for at dele med sin psykolog, men savnede at tale med folk, der havde haft lignende oplevelser. Dette fandt han dog i tidligere omtalte MDMA-assisterede terapi og i en ny gruppe, der tilbød behandling med ayahuasca til færre personer ad gangen, hvor der var tid til fortolkning efter behandling. Derudover havde han fundet en mindre gruppe af andre deltagere, som han holdt kontakt til og delte oplevelser med over apps til krypterede beskeder.

Jeg skrev tidligere (s. 53) at reglerne for forberedelse til behandling kan fremstå ceremonielle. Dette gælder integrationsarbejdet ligeså. Et mislykket arbejde, oplevede jeg, kunne fastholde patienter i en form for liminal fase⁸, hvor de ikke var bedre stillet efter behandlingen. Fra flere behandlere hørte jeg, at de ønskede at patienter bearbejdede deres oplevelser, men at det kan være svært i et sekulariseret samfund⁹, hvor religioner ikke kunne rumme de psykedeliske oplevelser, patienter havde behov for at bearbejde. En enkelt behandler oplevede det ikke som decideret relevant for patienter at dele deres oplevelser, og virkede uforstående overfor at disse ikke havde kapacitet til at arbejde med deres oplevelser alene. Ifølge behandleren var det ikke dennes ansvar, hvis patienter ikke rummede behandlingen.

Denne form for videregivelse af ansvar, er muligvis et eksempel på det, en anden behandler (s. 47) ville bryde ind overfor og ændre gennem dét, han beskrev at ”peer pressure skal holde feltet sundt.” (citater, behandler). Ikke alle patienter finder det meningsgivende at bearbejde oplevelser alene, og også derfor er behandlere i et (fra statens side) ureguleret marked, internt rådet til at tage højde for patienters baggrund, før behandling tilbydes. Dette uddybes i følgende afsnit, som leder frem til en diskussion af hvordan lighed i sundhed kommer til udtryk indenfor det psykiatriske og psykedeliske felt.

Ulighed i baggrund – ulighed i sundhed

Jeg beskrev tidligere matrixet som omfattende for det miljø, patienten kommer fra og tager tilbage til efter endt behandling (s. 12). Det er elementer, som en behandler kun kan forsøge at styre gennem screening og eventuel afvisning af patienter, de ikke finder egnede til behandling, og omhandler således ikke administration af mediciner, terapi eller omgivelser under behandlingen.

Hvis patienten kommer fra et destruktivt miljø, eller modtager anden behandling, der kan interagere negativt med den terapi, der ydes i det psykedeliske felt, kan det som nævnt have konsekvenser for den behandling, terapeuten oplever at give.

Ingen af de patienter, jeg interviewede, kom fra helt samme baggrund, selvom de beskrev den formodede årsag til deres udfordringer som værende meget lig hinanden – to informanter havde mistet en far til selvmord, andre havde været udsat for utilgivelige overgreb fra familiemedlemmer. Patienterne bearbejdede traumerne og konsekvenserne på forskellig vis – og ligesom de havde

forskellige ressourcer til at håndtere det psykisk, lå også de midler de blev givet udefra langt fra hinanden.

I Danmark bestræber staten sig på at bekæmpe ulighed i sundhed (regioner.dk 2023:1). *”Vi påvirkes af de vilkår, vi vokser op under, de ressourcer vi har til rådighed, de relationer vi indgår i, og de steder vi færdes. Ligesom vores levevilkår påvirker muligheden for at ændre adfærd. [...] Regionerne har et ansvar for, at ulighed i sundhed ikke forstærkes i mødet med sundhedsvæsenet.”* (ibid). Sådan står det formuleret på de danske regioners hjemmeside, som er ansvarlige for den politiske styring af danskernes mulighed for adgang til sundhedstilbud. På samme hjemmeside står det ligeledes, at *”ulighed i sundhed er systematisk, udbredt og voksende i den danske befolkning”* (ibid), hvilket jeg kunne bekræfte i mødet med patienter, der anvendte psykedelika, samt gennem nyheder i foråret 2023: i artiklen *”Boom i private sundhedsforsikringer får læger til at råbe op om 'voldsom forskelsbehandling’”* (dr.dk 2023:1) beskrives det blandt andet hvordan en fordobling i private sundhedsforsikringer siden 2010, nu er afgørende for hvor hurtigt danskere kan komme i behandling – hvor særligt depressionsramte er dårligere stillet. Artiklen *”Ekspert og patientforeninger slår alarm: Høj inflation og energikrise sætter turbo på ulighed i sundhed”* (dr.dk 2023:2) fortæller hvordan nogle økonomisk dårligt stillede patienter grundet højere priser ser sig nødsaget til at fravælge vigtig medicin, hvilket igen styrker den ulighed, regionerne forsøger at bekæmpe. Mediers dækning af sager som ovenstående kan være et forsøg på at påvirke det biopolitiske landskab, også omtalt tidligere i dette speciale (s. 38).

Blandt mine informanter fandtes også udsving i ressourcer for forebyggelse og bearbejdelse af psykiske udfordringer:

Finn Diderichsen (2006), forsker i blandt andet mekanismer for social ulighed i helbred ved Københavns Universitet, har beskrevet tre dimensioner for lighed i sundhed, som kommer til udtryk i *lighed i eksponering, lighed i risiko for at blive syg og lighed i sygdomskonsekvenser* (der omfatter funktionsnedsættelse, livsudfoldelse og eventuel død (Diderichsen 2006, 32)). Diderichsen skriver at *”lighed i sygdomsårsager er ikke ensbetydende med lighed i sygdomsforekomst, og lighed i sygdomsforekomst er ikke ensbetydende med lighed i sygdomskonsekvenser”* (ibid, 40), hvilket fortæller at der ingen direkte sammenhæng er mellem, hvem der rammes af sygdom efter mulig eksponering, og hvordan der reageres på sygdom, hvis den først viser sig. Jeg har af naturlige årsager ikke haft mulighed for at undersøge hvorvidt min gruppe af informanter adskiller sig fra det resterende

af den danske befolkning, idet jeg kun har ført samtaler med nuværende eller tidligere sygdomsramte. Internt oplevede jeg dog udsving, der syntes at kunne have indflydelse på de problemstillinger, de led af samt den behandling, de blev tilbudt.

Nogle informanter havde større 'risiko for at blive syge' gennem medfødte diagnoser, herunder de, der befandt sig på spektret for autismedforstyrrelser, idet de ikke besidder samme ressourcer i forhold til resiliens¹⁰ og har anderledes behov, end flertallet. Andre informanter havde oplevet traumer i deres tidlige barndom, som ifølge dem viste sig gennem psykiske problemstillinger som angst, depression og PTSD i deres voksenliv. Disse informanter oplevede 'ulighed i eksponering'. Endelig så jeg 'udsving i sygdomskonsekvenser', ved oplevelsen af hvordan patienter havde mulighed for at reagere, når først de oplevede vanskeligheder. Væsentlige faktorer inkluderede at patienter med autismespektrumforstyrrelser blev tilbudt særligt tilpasset behandling uden for almen praksis og psykiatri, at selvmordstruede havde adgang til akutte psykiatriske tilbud samt at en enkelt patient havde tegnet privat forsikring, der garanterede ham hurtigere behandling, end patienter der var afhængige af statsstøttede, offentlige tilbud. Dette efterlod især depressionsramte, der ikke var selvmordstruede, dårligere stillet – hvilket styrker en social ulighed, eftersom depression allerede rammer den danske befolkning skævt (Diderichsen 2006, 37). For de af mine informanter, der var alene depressionsramte, betød det, at de oplevede længere ventetider på samtaler hos psykologer, og i ventetiden blev tilbudt medicin, med – for dem – uacceptable bivirkninger som vægtforøgelse, afhængighed og fravær af det, de kaldte 'ægte følelser'.

Af de patienter, jeg talte med, var det kun Chris, der havde tegnet privat forsikring. Ingen var forsikrede gennem deres arbejde. I den danske befolkning i dag er antallet af forsikrede ca. 2,5 mio. (dr.dk 2023:1), hvor resten henstilles til offentlig behandling, som i de fleste tilfælde ikke tilpasses den enkelte patient, men som er planlagte, ensformige behandlingsforløb (regioner.dk 2023:2) der tilbydes til patienter med individuelle problemstillinger. Dog er det ikke altid det, der er godt for den brede befolkning, der er mest gavnligt for individet (Mol 2008, 69) – endnu mindre når dette er sygt. Diderichsen beskriver hvordan velstående betaler egne forsikringer, mens skattefinansierede tilbud er forbeholdt de fattige (Diderichsen 2006, 39). Den ene patient, jeg interviewede, som havde sundhedsforsikring, var bedre stillet end de resterende – han oplevede ingen ventetid, da han indså at han havde brug for en psykolog, og da han ønskede udredning hos en psykiater, gik også dette hurtigere, end for de andre, jeg havde talt med – tilmed var han en af de få patienter, der ikke var utilfreds med den konventionelle behandling. Sygdomskonsekvenserne for denne patient tog sig

anderledes ud. Trods flere diagnoser og selvmordstanker, formåede han stadig at starte eget firma samt at hjælpe andre i lignende situationer. Om dette har sammenhæng til hurtigere og mere effektiv konventionel behandling, har ikke været muligt at konkludere på. Jeg vil lod lade det være op til undren, hvor et ansvar kan placeres, når patienter ikke har mulighed for at betale sig fra behandling selv, når den skattefinansierede hjælp, de tilbydes, kommer for sent.

Indenfor det psykedeliske felt er patienter ikke nødvendigvis mere lige stillet. Tidligere omtalte 'patientvalg' (s. 13, 14, 30) er allerede afgørende for at patienter, der anvender psykedelika, er i stand til at handle og deltage aktivt i deres behandling – dette gør sig ikke gældende for de voldsomt syge patienter, der ender i psykiatrien eller som takker ja til behandling, som de egentlig ikke har lyst til. Ydermere kræver psykedelisk terapi at patienter har økonomi til at gennemføre et forløb, der kan koste i omegnen af 8000-10.000 kr. for assisteret terapi alene eller 3000 kr. for behandlinger, hvor facilitator kan have flere i behandling på samme tid. Mikrodosering og makrodosering som selvpleje er her undtaget, i det jeg lærte af patienter at denne behandlingsform kan være billigere end statsstøttet medicinering.

I Ukraine blev der i tiden efter Sovjetunionens opløsning oprettet fonde og støttegrupper til fordel for strålepatienter (Petryna 2013, 143). Gruppernes formål var at sikre bedre patientrettigheder samt at få patienter inkluderet i samfundet på ny, og der fandtes i tiden for Petrynas studie over 500 af sådanne grupperinger (ibid, 144). Mange af grupperne blev oprettet af den Ukrainske stat selv, da den blev opmærksom på den mangelfulde behandling, der blev tilbudt til nogle dele af befolkningen (ibid). Til trods for den danske bevidsthed om eksisterende ulighed i sundhed, var det mens jeg skrev dette speciale ikke muligt at imødekomme patienter, der anvender psykedelika, i den terapiform eller efterbehandling fra offentlig side, patienterne selv anså som værende mest effektiv. Dette er måske også medvirkende årsag til den kraftige stigning i biosociale grupperinger, jeg har oplevet både på sociale medier og i den fysiske verden (s. 34).

Delkonklusion

Patienter og behandlere i det psykedeliske felt, deler et ansvar, når de indgår i samarbejder omkring behandlingsformen. Patienter imellem kan opleve, hvad en informant betegnede 'stofbrugerkultur', som betyder at brugere af ulovlige stoffer vil mane til forsigtighed. Mellem behandlere kommer ansvaret til udtryk som etiske overvejelser af andres og eget virke, hvad en behandler mente kunne

betyde at feltet for psykedelisk terapi ville regulere sig selv. Mellem patienter og behandlere opstod gensidigt ansvar, der skulle sikre både sikkerhed for behandler og god pleje for patienten. Den gode pleje indebærer at behandlere formår at sortere uegnede patienter fra, samt at sætte patienter ind i mulige konsekvenser af psykedelisk terapi, herunder hvordan indledende, udførende og efterfølgende faser af behandlingen udføres mest hensigtsmæssigt. Udfaldet af denne pleje er ikke at blive kureret, men at patienter gennem en stærk, personlig relation til terapeut og medicin, lærer at leve et liv, der ikke er styret af sygdom.

Ikke alle patienter går ind i en sådan behandling på samme vilkår. Matrix, beskrevet som det miljø de kommer fra og vender tilbage til efter endt behandling, vil have indflydelse på effekten af den terapi de modtager. Denne ulighed i baggrund er umulig at ændre på, men udfaldet i lighed i sundhed, kan måske reguleres. Dette forsøges gjort af de danske regioner, når de tilbyder behandling til patienter – om end deres mål er mislykket. Ulighed i sundhed i den danske befolkning er stigende, og kan ses gennem 'lighed i eksponering', 'lighed i risiko for at blive syg' og 'lighed i sygdomskonsekvenser'. Særligt den sidste kategori har været relevant at se nærmere på i dette speciale, da det muligvis kan have en indvirkning på, om patienter, der tidligere har modtaget konventionel behandling, i stedet vender sig mod psykedelisk terapi eller andre former for behandling.

Hvad der kan synes bedst for populationen, er ikke altid det bedste for individet. Dette gælder også omvendt (Mol 2008, 69), hvorfor jeg også vil understrege, at selvom de fleste af mine informanter har haft gavn af behandling med psykedelika, er det ikke nødvendigvis det rette valg for patienter i lignende livssituationer.

Konklusion

Jeg har gennem dette speciale udbredt hvad der motiverer nogle patienter til at søge bort fra konventionel medicinsk behandling af psykiske lidelser og i stedet vende sig mod psykedelisk terapi. Igennem mine undersøgelser har jeg vist, at de indenfor psykedelisk terapi ikke nødvendigvis finder den kur, som visse medier beskriver, men at de i stedet finder en form for kontinuerlig pleje, der gør deres symptomer udholdelige. Den kontinuerlige pleje opstår især i biosociale relationer, dette både til andre brugere af psykedelika, men også til de behandlere, der følger patientens rejse.

Anvendelsesformer indenfor psykedelika kan tilpasses den enkeltes behov. Når patienter selv tilpasser dosis, kan det beskrives på samme måde, som når diabetespatienter opfinder nye metoder til at måle blodsukker og være aktive i deres hverdag – hvad jeg i dette speciale har oversat til flikkeri. Når patienter selvmedicinerer med enten højere eller lavere doser af psykedelisk medicin, kan det betegnes egen-pleje. Her oplever nogen at medicinen i sig selv får agens og kan tage sig kærligt af patienten og hans eller hendes psykiske udfordringer. Indenfor psykedelisk assisteret terapi lægges en større del af plejen i den personlige relation, hvor kommunikation gennem samtale og berøring skaber mulighed for at patienten kan deltage aktivt i sin egen behandling. Indenfor pleje er det nødvendigt at involvere patienter aktivt, da de kan opleve udebleven effekt af behandling, uden mulighed for at en behandler kan ændre det, hvis de først gøres passive (Mol 2008, 82). Dette undgås i psykedelisk terapi, når både behandler og patienter deltager aktivt i målet om at gøre patientens liv bedre, end det var før opstart af behandlingen.

At patienter, der anvender psykedelika, får mulighed for at være aktive i egen behandling, kan opfattes som et fravalg af den passive behandlingsform, mange har oplevet i konventionel behandling med psykofarmaka. Den ordinerede medicin har betydet uønskede bivirkninger for mange af de patienter, jeg førte samtaler med, mens nogle har oplevet at blive afhængige i en sådan grad, at de ikke forventer på noget tidspunkt at kunne reducere dosis nok til at kunne kalde sig medicinfri. I samtaler med læger har informanter oplevet en vis patientliggørelse, hvor de ikke føler at der er taget hensyn til deres unikke problemstilling, men hvor pakkeløsninger, der er tilpasset større grupper af patienter, træder i stedet for mere personlig behandling. Da der opleves lange ventetider på samtaler med psykiatere og psykologer for patienter, der ikke har tegnet privat forsikring, kan det betyde at flere patienter i mellemtiden søger andre veje, i håbet om at dette kan føre dem bort fra angst, depressive tanker eller følelser af ligeegyldighed som følge af medicinering. Gennem patientisme kan

patienter stadig opleve at se sig selv som patienter, men hvor der er plads til at de kan deltage aktivt i deres behandlingsforløb. Ligesom diabetespatienter oplever at have sparsom tid med deres behandlere (Kingod 2020, 158), kan også depressive patienter, der er henstillet til behandling med psykofarmaka uden samtidig samtaleterapi, opleve at de er overladt til sig selv.

De patienter, der ender med at opsøge psykedelisk behandling, beskriver at de finder mere personlige relationer i dette miljø – hvad enten det opstår i forbindelse til plantemedicinere, behandlere eller til andre brugere i de psykedeliske miljøer. I de disse miljøer er det muligt at finde grupper, der kan karakteriseres som biosociale grupperinger. Grupperne træder i stedet for patientfællesskaber og har oftere karakter af se bort fra de egentlige lidelser og i stedet fokusere på fremgang samt anvendelse af forskellige former for psykedelika. Biosocialiteten i det psykedeliske felt adskiller sig især fra patientfællesskaber og konventionel behandling ved også at inkludere patienters behandlere. Grundet en fælles forståelse for den rejse, patienten begiver sig ud på, samt et delt ansvar for forløbet, bindes begge op på den fælles biosocialitet.

Netop ansvar deles mellem behandlere, patienter og det samfund, de lever i. Patienter kan opleve det, der af nogen kaldes 'stofbrugerkultur', en form for delt ansvar mellem brugere, hvor der manes til forsigtighed. Mellem behandlere ses ansvaret især som etiske overvejelser, der kan medvirke til at et marked for psykedelisk terapi regulerer sig selv, idet behandlere, der handler uetisk, kan blive anmeldt og udstødt fra det psykedeliske miljø. Mellem patienter og behandlere ses endnu et ansvar. Et gensidigt ansvar, hvor patienter af både pligt og taknemlighed hemmeligholder identitet på deres behandlere, og hvor behandlere sørger for at patienter kommer bedst muligt igennem de terapeutiske forløb.

Netop relationen mellem patient og behandler er afgørende for udfaldet af behandlingen: selvom en patient ikke oplever at blive helt symptomfri, vil den kontinuerlige pleje, de modtager hos deres psykedeliske terapeut, være medvirkende til at de kan acceptere deres krop i dens aktuelle tilstand.

I det psykedeliske miljø hersker et håb for en accept af behandlingsformen – et håb, der kan anskues som en økonomi. Den moralske side af dette håb indebærer en stor bioværdi – håbet kan få patienter til at tilkøbe medicin og behandling, ligesom det kan tiltrække investorer til virksomheder, der finder interesse i at producere psykedelika til legalt brug. Herudover ses også en politisk side af håbets økonomi, som er beskrivende for den tiltrækningskraft, psykedeliske samfund kan have på aktivister og frivillige.

Endelig har mine undersøgelser gjort mig opmærksom på at den lighed i sundhed, der søges opnået i det danske samfund, ikke gør sig gældende for særligt depressionsramte patienter. Mens kun en enkelt har haft råd til eller mulighed for at tegne privat forsikring, har størstedelen af mine informanter måttet gøre brug af konventionel behandling – med dertilhørende længere ventetider. Depression er en sygdom, der rammer skævt i den danske befolkning – og den gruppe der rammes, vil også oftest være de, der ikke har haft mulighed for at tegne private forsikringer. Her bliver tidligere omtalte ansvar endnu engang relevant at nævne, dog hvor det lader sig placere hos de danske regioner, som efter eget udsagn ikke formår at få uligheden til at falde. Dette stiller patienter, der oplever handlingslammelse som følge af psykiske lidelser som eksempelvis depression, væsentligt dårligere end de, der kan tage aktiv del i deres behandling.

Dette bekræfter også, at der ej heller i det psykedeliske felt for behandling er lighed i sundhed, da patienter, der har haft styrke nok til at tage kontakt til behandlere, er trådt ud af den handlingslammelse, der var betegnende for tidligere stadier af deres psykiske lidelse. Om dette er sket grundet desperation eller effekt af allerede påbegyndt medicinsk behandling, kan jeg ikke konkludere på.

Ydermere er nogle former for psykedelisk behandling dyr, med priser på assisteret terapi, der svinger mellem 3000 og 10.000 kr. alt efter om behandlingen foretages med én eller flere patienter på samme tid. Dette vil afholde nogle fra at kunne deltage i behandling – og igen er det de patienter, der ej heller havde råd til privat psykolog, som må afstå fra at modtage reel terapeutisk behandling.

Alternativt kan patienter benytte sig af en billigere egen-pleje, og dertil gøre brug af den kontakt, der kan opnås i grupper som integrationscirkler eller gennem sociale medier. Det psykedeliske felt kan ikke undersøges uden også at blive del af de digitale biologiske samfund, der eksisterer på platforme som eksempelvis Facebook, hvor det også er muligt at søge råd og vejledning i eksempelvis egen-pleje fra andre brugere af psykedelika. Udveksling af viden i de digitale biologiske samfund er et eksempel på (ansvarlig) videreførelse af viden om behandling mellem brugere.

Jeg fandt mønstre blandt mine informanter, beskrivende for de tre måder hvorpå de var kommet til at anvende psykedelika til terapeutisk behandling. Jeg mødte en svigtet gruppe af patienter, der følte sig nødsaget til at søge behandling på andre måder end den konventionelle. Dertil kom en selvhjulpne gruppe, der videbegærligt og i nogle tilfælde påvirkede af mediers og fremstående personers succes historier, søgte information om den anderledes behandlingsform, før de indlod sig på at prøve. Endelig var der en gruppe af (snublende) patienter, der ad tilfældige veje havde opdaget at stoffer, de

havde brugt til rekreative formål, også kunne have en positiv indflydelse på deres psykiske lidelser, hvorfor dette blev målet for anvendelse fremover.

Det er muligt at måden hvorpå mennesker vurderer andre og sig selv som syge eller raske i det psykedeliske felt, adskiller sig fra den måde det ville ske i det offentlige, danske sundhedsvæsen. Dikotomien mellem pleje og kur har ikke været relevant at definere yderligere under dette arbejde. Om end de har fyldt i medier og i patienters samtaler med læger, har både patienter og behandlere i det psykedeliske felt forholdt sig uforstående overfor en sådan skelnen. På samme måde som ”*insulin redder liv, men ikke er en kur*” (Mol 2008, 78, min oversættelse), har flere patienter oplevet at få livet tilbage gennem psykedelisk behandling, selvom de ikke kunne fortælle mig, at de var blevet raske. Mol beskriver hvordan sundhed traditionelt set har været målet at opnå for sundhedsvæsenet (ibid, 19). I en verden hvor grænser mellem syg og rask udviskes, giver det dog ikke længere mening, og i stedet bliver det behandleres opgave at finde frem til ’det gode liv’, selvom dette ikke nødvendigvis er ’det raske liv’ (ibid). Det er dog i kommunikationen mellem behandler og patient, at der skal findes frem til hvad det gode liv er for netop dette individ – hvorfor dette liv sjældent findes i de tilfælde, hvor en patient indstilles til medicinsk behandling alene.

På denne måde kan det anskues at patienter da søger mod andre behandlingsformer end den konventionelle, idet de søger mod et bedre liv gennem kommunikation og pleje og bort fra praksisser der alene tilbyder medicinsk behandling. I psykedelisk assisteret terapi oplever patienten en fælles forståelse for rejsen med sin behandler, og blandt andet heri opstår den nære relation, som blev oplevet som manglende i den konventionelle behandling.

Jeg vil da konkludere, at dét, der motiverer mennesker med psykiske udfordringer til at opsøge privat psykedelisk behandling først og fremmest, er en søgen mod personlige relationer i biosociale samfund, der inkluderer de terapeuter, som mine informanter så i både medicin og behandler. Yderligere at de vurderer denne behandlingsform som værende mere effektiv end den offentligt tilgængelige, til trods for at de ikke anskuede sig selv som fuldkomment kurerede, men fandt accept i deres aktuelle tilstand.

I mine undersøgelser er jeg støt på flere patienter, der har oplevet at deres psykiske smerter er kommet til udtryk også som fysiske, og hvordan disse i takt med psykedelisk behandling er påbegyndt, er forsvundet sammen med de psykiske. Dette kunne være interessant at undersøge i fremtidige sammenhænge, men har desværre ligget for langt fra dette speciales fokusområde.

Noter

1 – Integration er metoder, hvorpå brugere kan inkorporere viden, opnået under psykedelisk behandling, i deres dagligdag. Dette kan ske alene, med venner, i grupper (såkaldte integrationscirkler) eller i terapeutisk samarbejde. Fælles for mine informanter har det været at deling om psykedeliske oplevelser helst skal ske med andre brugere, idet mennesker uden denne erfaring, kan misforstå brugernes oplevelser og derved blive skræmte eller bekymrede.

2 – Også kaldet STS: omfatter studier af hvordan mennesker indgår i relation til videnskab og teknologi.

3 – Patientliggørelse sker bl.a. gennem optimering i den danske sundhedssektor. Individuer gøres til patienter, der kan passes ind i kategorier, hvor særlige behandlingsformer tilbydes (Jensen 2012, 24). Jeg bruger begrebet 'patient' om de af mine informanter, der modtog psykedelisk behandling, idet de bibeholdt status som 'ikke-kurerede' og må skilles ad fra andre brugere, der kun bruger stofferne rekreativt og ikke i behandlingsøjemed.

4 – Brainzaps blev beskrevet af flere patienter som elektriske stød gennem hjerne og krop med efterfølgende tab af hukommelse. Nogle oplevede det som bivirkning til antidepressiva, andre som en form for abstinens, når de forsøgte udtrapning af ordineret medicin.

5 – Growkits er små kasser med svampesporer, der bruges til hjemmedyrkning af psilocybinholdige svampe. De bestilles ofte hjem fra Holland, hvor dyrkning af svampe ikke er i modstrid med loven. Der har hersket en udbredt misforståelse om, at det er lovligt at modtage pakkerne, idet de endnu ikke indeholder psilocybin. Dette er dog forkert og har resulteret i at mange danskere er blevet tildelt bøder, efter at have fået deres pakker taget i tolden (jyllands-posten.dk 2022).

6 – Lægemiddelstyrelsen, som er en styrelse under Sundhedsministeriet, afgør bl.a. hvordan der registreres og udbetales tilskud til medicin til privatpersoner i Danmark (lægemiddelstyrelsen.dk 2023).

7 – trøfler er en form for svamp ofte brugt til mikrodosering, da den er mindre potent end andre psykedeliske svampe og derfor, ifølge nogle patienter, nemmere at dosere.

8 – den liminale fase kan særligt i forbindelse med ceremonier beskrives som et stadie mellem den status en person besad før et ritual, og den nye rolle, en person vil indtræde i efter endt ritual. Mellemstadiet er karakteriseret som kaotisk (Turner 1969).

9 – et sekulariseret samfund beskrives som et samfund hvor kirke og stat er adskilt, og hvor dets indbyggere ikke nødvendigvis oplever sig selv som styret af religion.

10 – resiliens er modstandsdygtighed. Begrebet anvendes ofte om børn og sårbare, der formår ikke at blive syge, selvom de udsættes for faktorer, der kunne forventes at påvirke dem negativt (systeme.dk 2023).

Litteratur

- Brekke, Ole Andreas, og Thorvald Sirnes. 2011. "Biosociality, Biocitizenship and the New Regime of Hope and Despair: Interpreting 'Portraits of Hope' and the 'Mehmet Case'". *New Genetics and Society* 30 (4): 347–74. <https://doi.org/10.1080/14636778.2011.592012>.
- Bundgaard, Helle, Hanne Overgaard Mogensen, og Cecilie Rubow. 2018. *Antropologiske projekter: En grundbog*. København: Samfundslitteratur.
- Castellanos, Joel P., Chris Woolley, Kelly Amanda Bruno, Fadel Zeidan, Adam Halberstadt, og Timothy Furnish. 2020. "Chronic Pain and Psychedelics: A Review and Proposed Mechanism of Action". *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 45 (7): 486–94. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101273>.
- Diderichsen, Finn. 2006. "Ulighed i sundhed - et skæringspunkt mellem etik, epidemiologi og politik". Munksgaard.
- Eisner, Betty. 1997. "Set, Setting, and Matrix". *Journal of Psychoactive Drugs* 29 (2): 213–16. <https://doi.org/10.1080/02791072.1997.10400190>.
- Erritzøe, David, og William A. Richards. 2017. "Lessons to Be Learned from Early Psychedelic Therapy in Denmark". *Nordic Journal of Psychiatry* 71 (7): 487–88. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1336252>.
- Hartogsohn, Ido. 2020. *American Trip: Set, Setting, and the Psychedelic Experience in the Twentieth Century*. The MIT Press. Cambridge: MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/11888.001.0001>.
- Henriksen, Sidsel Marie. 2022. "'No Magic Pill': An Anthropological Study on Psychedelic Integration among Psychedelic Users in Denmark". Department of Anthropology, University of Copenhagen.
- Hovmand, Oliver Rumle. 2021. *Psykedelisk medicin: en introduktion til medicinsk brug af psykedelika*. 2. udgave (Opdateret udgave). Næstved: Camouflage.
- Jensen, Kirsten Engholm. 2012. "Fra standard til mangfoldighed: fra patientliggørelse til personliggørelse". I *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 23-28. <http://preview.www.midtlab.dk/SysSiteAssets/midtlabfilbibliotek/artikler/tidsskriftdansksundhed.pdf>
- Kingod, Natasja. 2020. "The Tinkering M-Patient: Co-Constructing Knowledge on How to Live with Type 1 Diabetes through Facebook Searching and Sharing and Offline Tinkering with Self-Care". *Health* 24 (2): 152–68. <https://doi.org/10.1177/1363459318800140>.
- Kohn, Eduardo. 2016. "Sjæleblindhed". I *Sjæleblindhed*, 1. udgave, 1. oplag, 5–55. Bestiarium. Kbh: Virkelig.
- Langlitz, Nicolas. 2012. *Neuropsychedelia: The Revival of Hallucinogen Research since the Decade of the Brain*. 1st ed., 1. Berkeley: University of California Press. <https://doi.org/10.1525/j.ctt24hsjc>.
- Lock, Margaret 2008. "Biosociality and susceptibility genes" i *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*. (red. af Gibbon, Sahra og Novas, Carlos. London: Routledge.
- Madsen, M K , A S Petersen, D S Stenbæk, I M Sørensen, H Schionning, T Fjeld, C Nykjær, S M U Larsen, M Grzywacz, og T Mathiesen. 2022. "Psilocybin-Induced Reduction in Chronic Cluster Headache Attack Frequency Correlates with Changes in Hypothalamic Functional Connectivity". medRxiv.
- Mathias Ebbesen Jensen, Dea Siggaard Stenbaek, Tobias Sogaard Juul, Patrick MacDonald Fisher, Claus Thorn Ekstrom, Gitte Moos Knudsen, og Anders Fink-Jensen. 2022. "Psilocybin-Assisted Therapy for Reducing Alcohol Intake in Patients with Alcohol Use Disorder:

Protocol for a Randomised, Double-Blinded, Placebo-Controlled 12-Week Clinical Trial (The QUANTUM Trip Trial)".

- Mohamed, Arafath, Shehla Touheed, Muzammil Ahmed, Mosab Hor, og Sara Fatima. 2022. "The Efficacy of Psychedelic-Assisted Therapy in Managing Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A New Frontier?" *Curēus (Palo Alto, CA)* 14 (10): e30919–e30919. <https://doi.org/10.7759/cureus.30919>.
- Mol, Annemarie. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203927076>.
- Moreno, Francisco A., Christopher B. Wiegand, E. Keolani Taitano, og Pedro L. Delgado. 2006. "Safety, Tolerability, and Efficacy of Psilocybin in 9 Patients with Obsessive-Compulsive Disorder". *The Journal of Clinical Psychiatry* 67 (11): 1735–40. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n1110>.
- Narby, Jeremy. 1999. *The Cosmic Serpent: DNA and the Origins of Knowledge*. Tarcher.
- Nichols, David E., og Hannes Walter. 2021. "The History of Psychedelics in Psychiatry". *Pharmacopsychiatry* 54 (4): 151–66. <https://doi.org/10.1055/a-1310-3990>.
- Petersen, Margit Anne. 2021. "Psykedeliske stoffer i små og store doser bruges til terapi og selvudvikling".
- Petersen, Margit Anne, Sarah Feldes, og Victor Sacha Cova. 2022. "Ayahuasca Calling: Sacredness and the Emergence of Shamanic Vocations in Denmark and Peru". *Anthropology of Consciousness* 33 (2): 255–78. <https://doi.org/10.1111/anoc.12165>.
- Petersen, Margit Anne, Aja Smith, Dorthe Brogaard Kristensen, og Klaus Hoeyer. 2022. "Subject in the Making: Technologies of the Self and Aspirations for a Good Life in Contemporary Denmark". *Medical Anthropology* 41 (4): 431–45. <https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2054716>.
- Petersen, Margit Anne, Søren Holm, Oskar Enghoff, og Morten Hesse. 2022. "Unge søger information om psykedeliske stoffer på internettet, hvor en overvejende positiv holdning til stofferne dominerer".
- Petryna, Adriana. 2013. "Chapter 5" og "Chapter 6" i *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. REV-Revised. Princeton: University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400845095>
- Rabinow, Paul 2008. "Afterword" i *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*. (red. af Gibbon, Sahra og Carlos Novas . London: Routledge.
- Rose, Nikolas, og Carlos Novas. 2007. "Biological Citizenship". I *Global Assemblages*, 439–63. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch23>.
- Søgaard Juul, Tobias, Mathias Ebbesen Jensen, og Anders Fink-Jensen. 2022. "The use of classic psychedelics among adults: a Danish online survey study". *Nordic Journal of Psychiatry* 0 (0): 1–12. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2125069>.
- Turner, Victor. 1969. "3: Liminality and Communitas". I *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*, 94–130. Cornell University Press.
- Wiley, Joshua F., Bei Bei, Iain Jordan, Fredrik Hieronymus, Søren D. Østergaard, Gerhard Gründer, Lea Mertens, Robin Carhart-Harris, Allan Blemings, og David J. Nutt. 2021. "Psilocybin for Depression". *The New England Journal of Medicine* 385 (9): 862–64. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2108082>.
- Yaden, David B., James B. Potash, og Roland R. Griffiths. 2022. "Preparing for the Bursting of the Psychedelic Hype Bubble". *Archives of General Psychiatry* 79 (10): 943–44. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2546>.

Forsidebillede: "Care and it's alternatives." af Heine Stendorff.

Links

Danske Patienter, 2023

https://danskepatienter.dk/patienter-paaroeerende/find-raadgivning-og-andre-tilbud-i-patientforeninger?gclid=Cj0KCQjwocShBhCOARIsAFVYq0jssDXzW58gSwE7ZRtXBIGnvO-ZQ3eaMB1AnNsFiZTSEfjanNoKzSkaAvnDEALw_wcB (sidst tilgået 23.05.23)

Danske Regioner, 2023

1 <https://www.regioner.dk/sundhed/lighed-i-sundhed> (sidst tilgået 23.05.23)

2 <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/pakkeforloeb> (sidst tilgået 23.05.23)

Depressionsforeningen, 2023

<https://depressionsforeningen.dk/vare/donation-2/> (sidst tilgået 23.05.23)

DR.dk 2023

1 <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/oestjylland/boom-i-private-sundhedsforsikringer-faar-laeger-til-raabe-op-om> (sidst tilgået 23.05.23)

2 <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/oestjylland/eksperter-og-patientforeninger-slaar-alarmer-hoej-inflation-og> (sidst tilgået 23.05.23)

Global Drug Survey, 2020

<https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/uploads/2021/01/GDS2020-Executive-Summary.pdf> (sidst tilgået 23.05.23)

Illvid, Illustreret Videnskab, 2021

<https://illvid.dk/medicin/medicinsk-teknologi/magiske-svampe-kan-vaere-kuren-mod-svaer-depression> (sidst tilgået 23.05.23)

Information, 2017

<https://www.information.dk/kultur/2017/01/kan-lille-smule-isd-paa-daglig-basis-kurere-ondt-livet> (sidst tilgået 23.05.23)

Jyllands-Posten, 2022

<https://jyllands-posten.dk/indland/ECE14152174/toldere-ser-tredobling-i-sager-med-psykedeliske-svampe> (sidst tilgået 23.05.23)

KUnet.dk, 2023 (login påkrævet)

<https://kUNET.ku.dk/studie/antropologi-ka/Sider/Emne.aspx?topicId=bec7ad0a-9376-4138-aa9f-3facbbbd555&searchHitHighlight=gdpr#bec7ad0a-9376-4138-aa9f-3facbbbd555> (sidst tilgået 23.05.23)

Lundbeckfonden.dk, 2020

<https://lundbeckfonden.com/en/grants-and-prizes/research-stories/from-research-funding-to-pharma-company-with-a-brand-new-concept> (sidst tilgået 23.05.23)

Lægemiddelstyrelsen.dk, 2023

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/om/> (sidst tilgået 23.05.23)

Psykedelisksamfund.dk, 2021

<https://psykedelisksamfund.dk/skidt-og-kanel-blandt-facilitatorer> (sidst tilgået 23.05.23)

Sundhed.dk, 2023

- 1 <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-en-oversigt/> (sidst tilgået 23.05.23)
- 2 <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/oevrige-sygdomme/posttraumatisk-stressforstyrrelse/> (sidst tilgået 23.05.23)
- 3 <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/symptomer/angst/> (sidst tilgået 23.05.23)

Systime.dk, 2023

<https://paedagogik.systime.dk/?id=259> (sidst tilgået 23.05.23)

Ufm.dk, 2014

<https://ufm.dk/publikationer/2015/den-danske-kodeks-for-integritet-i-forskning> (sidst tilgået 23.05.23)

Videncenterfordiabetes.dk, 2022

<https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-1-diabetes/hvad-er-type-1-diabetes> (sidst tilgået 23.05.23)

Weekendavisen, 2023

<https://www.weekendavisen.dk/2023-9/ideer/en-kur-mod-moerket> (sidst tilgået 23.05.23)

Appendix

I – Informanter, patienter

Alle informanter er forblevet anonyme. Navne i nedenstående skema er mine egne påfund, vist for nemheds skyld ved brug af citater.

Ikke alle informanter er nævnt ved citater i specialet, dette ikke fordi mine samtaler med dem har været irrelevante, men fordi jeg ønskede at give et mere personligt forhold til de enkelte på de få sider, jeg har haft at udbrede mere end et halvt års arbejde på. Hver samtale har hjulpet mig til at danne et overblik over hvem patienter, der anvender psykedelika, i Danmark er.

| | Alder | Køn | Baggrund | Sygemeldt /job | Behandlet lidelse | Behandling | Integration |
|--------------------|--------------|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| 1 Finn | 40+ | Mand | Lang videregående uddannelse (stud.) | Tidl. sygemeldt, skriver speciale | PTSD, angst, depression | Ayahuasca, MDMA, psilocybin Terapi m. flere deltagere, terapi alene, selvmedicinering | Primært over medier m. andre deltagere, også delt i forløb med psykolog og psykoterapeut |
| 2 Jannik | 50+ | Mand | Erhvervsrettet uddannelse | Tidl. sygemeldt, i arbejde | Depression, angst, stress | Psilocybin, ayahuasca, changa Selvmedicinering + Assisteret terapi alene og m. flere deltagere | I forløb med terapeut Deling i gruppe |
| 3 Chris | 30+ | Mand | Mellemlang videregående uddannelse | Tidl. sygemeldt, i arbejde | PTSD, selvmordstanker, ADD | MDMA, psilocybin. Assisteret terapi alene + Selvmedicinering | I forløb med terapeut Deling med venner |
| 4 Jens | 20+ | Mand | Lang videregående (stud.) | Tidl. pause fra studie, nu i gang | Stress, angst, depression, sorg | Psilocybin Selvmedicinering | Bearbejder selv |
| 5 Pelle | 40+ | Mand | Kort videregående + efteruddannelse | Tidl. sygemeldt, nu i arbejde | Depression, selvmordstanker | DMT, psilocybin Selvmedicinering | Deler med venner Deler med terapeut |
| 6 Ask | 30+ | Mand | Erhvervsrettet uddannelse | Sygemeldt | Angst | Psilocybin Selvmedicinering | Deler med kæreste |
| 7 Jon | 30+ | Mand | Mellemlang videregående | Tidl. sygemeldt, | Afhængighed, depression, vanskeligheder | LSD Selvmedicinering | Deler med kæreste eller bearbejder selv |

| | | | uddannelse (stud.) | nu under uddannelse | relateret til autisme-spektrum-forstyrrelse | | |
|-----------|-----|--------|---|--------------------------------------|--|--|--|
| 8 | 20+ | Mand | Lang videregående uddannelse (stud.) | Tidl. sygemeldt, nu under uddannelse | Afhængighed, depression, angst, vanskeligheder relateret til autisme-spektrum-forstyrrelse | Psilocybin Selvmedicinering | Deler med venner eller bearbejder selv |
| 9 | 30+ | Mand | Uddannelse gennem arbejdsgiver | Tidl. sygemeldt, flexjob | Selvmodstanker, depression, OCD | LSD, psilocybin, ibogain Selvmedicinering + Assisteret terapi m. flere deltagere | Deler med venner Deler med terapeut |
| 10 | 20+ | Mand | Mellemlang videregående uddannelse (stud.) | Under uddannelse | Vinterdepression | MDMA, psilocybin, LSD, ketamin Selvmedicinering | Deler med venner Bearbejder selv |
| 11 | 20+ | Mand | Lang videregående uddannelse (stud.) | Under uddannelse | Depression, selvmodstanker | Ayahuasca Assisteret terapi m. flere deltagere | Deling i gruppe |
| 12 | 40+ | Kvinde | Mellemlang videregående uddannelse + Privat uddannelse (stud) | Tidl. sygemeldt | Afhængighed, depression | LSD, psilocybin Selvmedicinering | Deler med venner Deler med psykolog |
| 13 | 40+ | Kvinde | Kort videregående uddannelse | I job | Depression, selvmodstanker | Ayahuasca Assisteret terapi alene | Deling i gruppe |
| 14 | 30+ | Kvinde | Lang videregående uddannelse | I job | Angst, depression | Psilocybin, 2C-B, ketamin Selvmedicinering | Deling i gruppe eller bearbejder selv |

II – Informanter, behandlere

Flere behandlere vælger at lade sig behandle under deres oplæring og i nogle tilfælde også kontinuerligt herefter. Nedenstående er dog i videst omfang interviewet i egenskab af deres behandlerstatus, og egne problemstillinger eller andre grunde til behandling gik vi derfor ikke dybere ind i. Jeg har valgt ikke at navngive behandlere igennem specialet, da de er for få til at kunne fremstå fuldkomment anonyme, hvis man har kendskab til felten.

| | Alder | Køn | Officiel uddannelsesbaggrund | Behandling |
|-----------|--------------|------------|---|---|
| 15 | 40+ | Mand | Lang videregående uddannelse | Psilocybin Tilbyder ikke behandling, men arbejder legalt med stoffet gennem forskning |
| 16 | 50+ | Kvinde | Lang videregående uddannelse | Ketamin Har tidligere tilbudt assisteret terapi, alene |
| 17 | 40+ | Mand | Ikke oplyst | Ayahuasca, MDMA. Tilbyder assisteret terapi, alene og m. flere deltagere |
| 18 | 60+ | Kvinde | Kort videregående + privatuddannelse | Psilocybin, ayahuasca. Tilbyder assisteret terapi, alene |
| 19 | 30+ | Mand | Erhvervsrettet uddannelse | Ayahuasca Tilbyder assisteret terapi, alene og m. flere deltagere |