



Angstdiagnosticerede i SSRI-behandling

- en empirisk analyse af begrundelser, betingelser og konflikter

Udarbejdet af:

**Kirsten Grube &
Lotte Mia Wewer Hansen**

Juni 2006

Vejledere:

Erik Axel og Christel Stormhøj

**Institut for Psykologi og Filosofi/Videnskabsteori & Institut for
Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi
Roskilde Universitetscenter**

Forord

Nærværende undersøgelse udgør et integreret speciale i overbygningsfagene Socialvidenskab og Psykologi.

Specialeafhandlingen udspringer af en grundlæggende interesse for at bidrage til en nuanceret videnskabelig forståelse af, hvad det vil sige at have angst og få stillet en diagnose med medicinsk behandling som primær løsning på sine lidelsesproblematikker. Motivationen herfor skal i tilknytning til det forhold, at en recept på SSRI ofte udgør en behandlingsmæssig "endestation", når man som angstdiagnosticeret søger hjælp hos det offentlige sundheds- og behandlingssystem.

Vi forsøger med undersøgelsen at favne bredt i den forstand, at det først og fremmest er de, det drejer det sig om, der kommer til orde: De angstdiagnosticerede. Vi er i den sammenhæng blevet konfronteret med nogle gribende fortællinger om livet som angstdiagnosticeret. Dels fik vi kendskab til hvor store omkostninger, angstudviklingen har for den enkelte, og hvordan medicinen i den forbindelse udgør en grundlæggende forløsende instans i forhold til symptomdæmpning. Dels blev vi overbevist om nødvendigheden af at anlægge et kritisk perspektiv på de eksisterende samfundsmæssige håndteringsformer, da de i høj grad sætter snævre rammer for den enkelte angstdiagnosticeredes muligheder (hvilket undersøgelsen kaster lys over). Et etisk dilemma har her bestået i, hvorvidt og hvordan man kan formidle undersøgelsens problemstilling, uden at den "støder" men "gavner" de angstdiagnosticerede. Vi forsøger at imødekomme dette ved at anvende en undersøgelsestilgang, der medtænker såvel de meningsgivende som vanskelige aspekter ved det at indgå i et medicinsk behandlingsforløb.

Undersøgelsen har ét afgørende formål: At skabe grobund for en samfundsmæssig stillingtagen, som orienterer sig mod at forbedre vilkårene for mennesker med lettere psykiske lidelser samt forebygge en stigende befolkningsmæssig "sygeliggørelse". Dette begrundes, hvorfor en problematiserende indfaldsvinkel udgør den røde tråd i specialeafhandlingen.

Først og fremmest ønsker vi at takke vores interviewpersoner for deres imødekommenhed og berigende fortællinger. Derudover skylder vi Angstforeningen en stor tak for deres hjælp med at skabe kontakt til informanterne. Endelig vil vi takke vores vejledere Erik Axel og Christel Stormhøj for god og engageret vejledning.

Resumé

Nærværende speciale tager udgangspunkt i en problematiserende belysning af den stigende anvendelse af SSRI-præparater (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) i behandlingen af lettere psykiske lidelser. Konkret fokuseres der på gruppen af angstdiagnosticerede, da den aktuelle forskning omkring denne gruppes perspektiver på SSRI-behandling, herunder de behandlingsmæssige konsekvenser, er yderst sparsom. Via en kvalitativ forskningstilgang foretages en empirisk undersøgelse af de meningsgivende såvel som problematiske sider ved det at være 'angstdiagnosticeret i SSRI-behandling'. I den forbindelse indfanger undersøgelsen, hvordan de subjektive begrundelser – ud over den åbenlyse begrundelse om symptomdæmpning – relaterer sig til et bredt spektrum af niveauforskudte betingelser, som først og fremmest er forankret i behandler- og rådgivningspraksissen, men som ligeledes knytter an til den daglige livsførelse. Overordnet gøres på komplementær vis brug af to analyseperspektiver; et subjektvidenskabeligt *kritisk psykologisk* perspektiv og et institutionsanalytisk *governmentality*-perspektiv. Gennem inspiration fra førstnævnte teoritilgang opnås indsigt i, hvilke positionelle og konfliktfyldte aspekter, der udtrykt via angstdiagnosticeredes perspektiver, forbinder sig til det at være 'angstdiagnosticeret i SSRI-behandling'. Disse problematikker vedrører; 'den medicinsk styrede krop', 'positionen som sygdomsoffer' og 'den biokemiske angstforståelses reduktive forklaringskraft'. Anvendelsen af det institutionsanalytiske perspektiv giver kendskab til, hvorledes angstdiagnosticeredes begrundelser for SSRI-behandling må forstås i henhold til et samfundsmæssigt mulighedsrum. Et mulighedsrum, der formes af praksisforhold betinget til den teknologiske udvikling og samfundsøkonomiske interesser samt mere latente forhold givet ved 'almene rationalitetslogikker' af bl.a. effektorienteret og normaliseringsorienteret karakter. Endelig opstilles en række bud på ændringer i den samfundsmæssige håndtering af angstdiagnosticerede med henblik på at forbedre de eksisterende vilkår.

Abstract

The focus of this thesis is a critical perspective on the increasing use of SSRI-preparations (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) in the treatment of depression and anxiety disorders. More specifically, the focus will be on people diagnosed with an anxiety disorder, as current research regarding these people's perspectives on SSRI-treatment, including the consequences of treatment, is very limited. Through a qualitative research approach, an empirical study of the meaningful as well as the problematic sides of being 'diagnosed with an anxiety disorder and being on treatment with SSRI' is conducted. In connection to this, the study will include how the subjective reasons for treatment – apart from the obvious reason of symptom relief – relate to a broader spectrum of conditions anchored in the treatment- and counselling practice, as well as daily life. The thesis is based on two analytical perspectives; a subject-scientific *critical psychological perspective* and an institutional-analytical *governmentality* perspective. Through the first mentioned approach, an insight into different positional and conflict-filled aspects is achieved. This is expressed through the subjective perspectives on being 'diagnosed with an anxiety disorder and on SSRI-treatment'. More specifically, this relates to; 'the medically controlled body', 'the social position as a disease victim', and 'the reductive explanation of the biochemical understanding of anxiety disorders'. The use of the institutional-analytical perspective will shed light on how the subjective reasons for SSRI-treatment is to be understood in relation to the constraints of a societal 'possibility-space'. A 'possibility-space', which is formed by conditions related to the technological development and economic interests as well as more latent relations given by 'common logics of rationalities' of, among others, effect-oriented and normalization-oriented character. Finally, we will suggest a number of changes in terms of the societal handling of people diagnosed with an anxiety disorder, in order to improve existing conditions.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1. Indledning	3
1.1 Et indledningsvist overblik.....	3
1.2 Stigningen i brugen af SSRI-præparater	3
1.3 Kritiske perspektiver	6
1.4 Undersøgelsens tre problemstillinger.....	8
1.5 Faktuelle forhold vedrørende genstandsfeltet	10
Kapitel 2. Teorianvendelse og analysestrategi	12
2.1 Analysestrategiske valg i arbejdet med 1. problemstillingsfase: Subjektivt perspektivet.....	13
2.2 Analysestrategiske valg for 2. problemstillingsfase: Det samfundsmæssige mulighedsrum.....	25
2.3 Perspektiveringsstrategi for tredje problemstillingsfase: Forandringsoptikken	40
2.4 Afrunding	43
Kapitel 3. Hvordan SSRI-behandlingen begrundes i lyset af de angstdiagnosticeredes retrospektive fortællerperspektiver	47
3.1 'Selvbilledet' og den begyndende angstudvikling	47
3.2 Mødet med den behandlingsmæssige praksis	53
3.3 Psykiaterens autoritet og tilegnelsen af den biokemiske angstforklaring	57
3.4 Behandlingsforløbets indflydelse på livsførelsespræmisser.....	61
3.5 Den dialektiske relation mellem SSRI-behandlingens subjektive funktionalitet, behandlingsmæssige praksisbetingelser og forskellige parter forholdsforholdemåder.....	65
Kapitel 4. Behandlingens konsekvenser: Det konfliktfyldte spektrum mellem medicinens subjektive funktionalitet og kroppen som styringsgrundlag	68
4.1 Integreerede konflikter og dilemmaer i de angstdiagnosticeredes 'her-og-nu'-perspektiv på deres livssituation	68
4.2 Problematiserende aspekter ved det videnskabelige fokus på den biokemiske forklaringskraft og SSRI-behandlingen	77
4.3 Afrunding	85
Kapitel 5. Angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum	87
5.1 Praksisindlejrede betingelser i den almene lægepraksis.....	87
5.2 Praksisindlejrede betingelser i psykiatrien	92
5.3 Praksisindlejrede betingelser i rådgivningspraksissen - Angstforeningen	96
5.4 Problematiserende diskussion	100
5.5 Afrunding	107

Kapitel 6. Konkluderende og perspektiverende problematisering	108
6.1 Medicinens subjektive funktionalitet	109
6.2 Sammenhængen mellem medicinens subjektive funktionalitet og intersubjektive gyldighed.....	111
6.3 Hvordan legitimeringen af SSRI-behandlingen i praksisdeltagelse indgår i et dialektisk forhold med et markedsbestemt og teknologiseret samfundsmæssigt mulighedsrum.....	112
6.4 Den kropslige selvstyrings forbindelse til konfliktforholdene - et velfærdsstatsligt paradoks	114
6.5 Forandringsperspektiver.....	118
Litteraturliste	122
Bilag 1	128
Bilag 2.....	129
Bilag 3.....	132
Bilag 4.....	134
Bilag 5.....	159

Kapitel 1. Indledning

1.1 Et indledningsvist overblik

Formålet med dette speciale er i korte træk – på nuanceret og helhedsorienteret vis – at problematisere den samfundsmæssige håndtering af angstdiagnosticerede, som ifølge statistikkerne stiger stødt i antal. Denne problematisering knytter an til to væsentlige faktorer: For det første at angstlidelser, ligesom det er tilfældet for depressive lidelser, primært behandles med SSRI-præparater, og at denne behandlingsform ofte udgør det eneste reelle tilbud i det offentlige behandlingssystem. For det andet at forskning omkring, hvad det indebærer at få stillet en angstdiagnose og at gennemgå SSRI-behandling, fremstår alarmerende underbelyst taget den voldsomme stigning af angstdiagnosticerede i betragtning.

På baggrund af disse betragtninger er intentionen med nærværende undersøgelse at sætte fokus på spørgsmålet om SSRI-behandlingens tilstrækkelighed, når det gælder gruppen af angstdiagnosticerede. Dette bliver i undersøgelsen gjort på baggrund af angstdiagnosticerede *egne* fortællinger om, hvad det indebærer at være 'angstdiagnosticeret i SSRI-behandling'. Det berøres, hvordan SSRI-behandlingen bliver aktuel i relation til angstudviklingen, samt hvordan diagnosticeringen og den medicinske behandling på kompleks og problematisk vis påvirker den enkeltes livssituation. I forlængelse heraf betragtes relationen mellem de angstdiagnosticeres begrundelser for behandlingen og betingelser indlejret i den behandlingsmæssige og rådgivningsmæssige praksis. Betragtninger, der fører til en yderligere problematisering af generelle og dominerende "samfundsrationaler", der legitimerer den stadigt stigende tendens til at anvende SSRI-behandling som primære og ofte eneste reelle behandlingsmulighed. Slutteligt bliver der foretaget en perspektivering af, hvilke potentielle forandringsmuligheder, der kan tænkes ind i den aktuelle samfundsmæssige håndtering af angstdiagnosticerede for at forbedre de eksisterende vilkår.

I det følgende uddyber vi de samfundsaktuelle og videnskabelige betragtninger, der har ledt frem til undersøgelsens endelige problemstillinger.

1.2 Stigningen i brugen af SSRI-præparater

De vestlige landes forbrug af nyere antidepressiv medicin, primært af Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI), er steget voldsomt i løbet af en kort årrække. Det gælder også i Danmark. I 1994 var 88.699 danskere i behandling med SSRI. Dette tal var i 2003 steget med 173 pct. til 242.299 personer, hvilket svarer til 4,5 pct. af den danske befolkning. Stigningen i antal brugere er sket inden for alle aldersgrupper, men den relative stigning er størst blandt de yngre aldersgrupper¹.

¹ Lægemiddelstyrelsen, 2004

Depression er i dag den hyppigste lidelse, der behandles med SSRI i Danmark, men også andre psykiske lidelser er blevet godkendt til SSRI-behandling og bidrager derfor til den generelle stigning. Det gælder i særdeleshed en række nye angstlidelser. Diagnoser som 'panikangst' (en pludselig opstået voldsom angst), 'socialfobi' (frygt for andre mennesker og frygt for at befinde sig i sociale situationer), 'OCD' (tvangstanker og tvangshandlinger) og 'generaliseret angst' (bekymringstanker og uro i kroppen)² blev optaget på WHO's sygdomsklassifikationssystem ICD-10's diagnoseliste i løbet af 1990'erne og blev i løbet af de følgende år godkendt til SSRI-behandling. Lægemiddelstyrelsen har på nuværende tidspunkt ikke mulighed for at opgøre hvilke godkendte eller ikke-godkendte lidelser, lægemidlerne bliver udskrevet til. Dog angives det i opgørelser fra 2004, at ca. 25 pct. af de antidepressive midler bliver udskrevet til andre lidelser end depression, herunder ovennævnte angstlidelser³.

Ovenstående angstdiagnosers godkendelse til medicinsk behandling skal ses i lyset af den begrænsede adgang til gratis offentlige psykiaterkonsultationer, hvilket skyldes lange ventelister i det offentlige behandlingssystem. Når konsultationerne tilbydes, består de ofte i kortere samtaleforløb, hvor der typisk tages udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi⁴. Alternativet for den enkelte er selvfinansieret psykoterapi i privat regi, hvilket kræver en brugerbetaling på 500-700 kr. i timen. Til sammenligning udleveres SSRI med 75 pct. i statsligt tilskud⁵. Dette forhold gør i mange tilfælde SSRI-behandlingen til et nærliggende valg.

I behandlingssystemet forholder man sig overvejende positivt til den aktuelle udvikling ud fra den betragtning, at et langt større antal af mennesker med psykiske lidelser opdages, diagnosticeres og behandles (Olesen 2004). Fra psykiatrisk side udtrykkes i bredt omfang tilfredshed med den stigende aftaubisering af psykiske lidelser ud fra argumentationen om, at flere tør fortælle lægen om deres symptomer for efterfølgende at gå i behandling (Kjølbye 2004). Optimismen angående en stigende aftaubisering gælder særligt depression, som i år 2000 blev genstand for en statsligt støttet landsdækkende oplysningskampagne⁶. Dette har betydet, at depression i høj grad er kommet på den offentlige dagsorden og i dag – på et politisk og psykiatrisk niveau – betragtes som en folkesygdom, der skal behandles såvel som forebygges⁷.

² Derudover dukkede 'enkelfobi' og 'agorafobi' op på WHO's ICD-10-liste, men disse diagnoser er endnu ikke godkendt til medicinsk behandling.

³ De andre godkendte lidelser til SSRI-behandling er 'bulimi' og 'forebyggelse af periodisk depression', Lægemiddelstyrelsen, 2004

⁴ Kognitiv adfærdsterapi går ud på at afdække og omstrukturere de negative automatiske tankemønstre, der udløser og opretholder angst med det formål at lære at tackle angsten og få et nyt erfaringsgrundlag, der kan danne basis for mere realistiske tanker (Hougaard 2002:211ff)

⁵ Lægemiddelstyrelsen, 2004

⁶ "Landsindsatsen mod depression", <http://www.psykiatrifonden.dk>

⁷ Psykiatrifondens årsberetning 2003, <http://www.psykiatrifonden.dk/formal/Aarsberetning2003.html>; Psykiatri-Nyt, 2003, p. 8; Regeringens sundhedsprogram: "Sund hele livet – forebyggelse på tværs af 8 folkesygdomme, 2002

På grund af stigningen i angstlidelser er disse også så småt begyndt at komme på dagsordenen. Dette fokus udtrykkes blandt andet ved, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i år 2002 inkluderede angstlidelser som en del af regeringens sundhedsprogram. Derudover blev patientforeningen Angstforeningen dannet i år 2001 med henblik på at skabe øget opmærksomhed omkring angstlidelser for at forbedre forholdene for angstdiagnosticerede. Samtidig synes der at være tegn på, at angstlidelser i højere grad aftabuiseres i det offentlige rum blandt andet i debat- og ungdomsprogrammer samt i den skrevne presse, hvor mennesker i stigende grad står frem og fortæller om deres sygdoms- og behandlingsforløb⁸.

På trods af aftabuiseringen og den stigende behandlingstendens er psykiatrien imidlertid stadig af den opfattelse, at angstlidelser aktuelt underdiagnosticeres og underbehandles. I denne sammenhæng refereres til, hvordan engelske screeningsundersøgelser omsat til danske forhold estimerer, at 350.000 danskere lider af en form for angst, hvoraf en stor andel er behandlingskrævende. Fra psykiatrisk side er der derfor fortsat interesse i opdage, diagnosticere og behandle flere angsttilfælde (Christensen et al. 2006:2).

Overordnet vidner de løbende betragtninger om en ny tendens, hvor der i stigende grad udskrives recept på SSRI-præparater til mennesker med angstsymptomer. Det har i den forbindelse vakt vores opmærksomhed, at angst i større udstrækning grad behandles med SSRI, og at dette fænomen kun i begrænset omfang har været debatteret på politisk niveau⁹, ligesom det kun sparsomt har været genstand for samfundsvidenskabelig eller humanistisk forskning¹⁰.

En ny undersøgelse fra år 2006 udarbejdet af analyseinstituttet DSI, Institut for Sundhedsvæsen, kortlægger den eksisterende angstbehandling i Danmark. I den forbindelse efterlyses yderligere empiriske undersøgelser og et nærmere blik på angstdiagnosticeredes perspektiver på sygdom og behandling:

”Det vil være oplagt at gennemføre en undersøgelse af angstbehandling i Danmark, som bl.a. muliggør en repræsentativ kortlægning af behandlingstilbud og organiseringen af disse samt en nærmere undersøgelse af patienternes erfaringer, ønsker og perspektiv på sygdom og behandling” (Christensen et al., 2006:7).

⁸ F.eks. “Rundfunk”, TV-2, 23.04.04; “OBS” om socialfobi; P1-morgen, DR, 5.-6.10.04; Berlingske Tidende, 10.07.04, 04.02.05.

⁹ Ministerforespørgsler omhandlende den stigende brug af SSRI til behandling af angstdiagnosticerede til Indenrigs- og Sundhedsministeren, 25.04.99, 02.04.02, 28.05.04, www.ft.dk. Disse ministerforespørgsler har dog ikke givet anledning til yderligere debat, lovforslag m.m.

¹⁰ Der foreligger en samfundsfarmaceutisk undersøgelse, der beskæftiger sig med SSRI-brugeres selvopfattelse og oplevelser af stigmatisering. Øvrige eksisterende undersøgelser beskæftiger sig med brugerperspektiver på de ældre antidepressiva - benzodiazepiner (sløvende og angstdæmpende medicin) (Knudsen 1999:22ff).

Dette forhold har i tillæg til de øvrige betragtninger været en medvirkende faktor til igangsættelsen af nærværende undersøgelse. Inden vi præsenterer vores undersøgelsesmæssige udgangspunkt mere specifikt, vil vi dykke ned i dele af den litteratur, der anlægger et mere problematiserende og kritisk perspektiv på den generelle stigning i brugen af SSRI-behandling.

1.3 Kritiske perspektiver

De usikre diagnosticeringer og en mulig overmedicinering

De kritiske røster udspringer typisk af en etisk funderet bekymring over en stigende overmedicinering, hvor SSRI gives til ”raske” i stedet for ”syge”, dvs. at mennesker med almindelige humørsvingninger behandles med medicin¹¹. Det er en iagttagelse, der delvist kan begrundes empirisk. Således peger en dansk undersøgelse på, at omkring halvdelen af de alment praktiserende læger, muligvis på grund af usikre diagnosticeringskriterier, har vanskeligt ved at skelne mellem ”depression” og ”livskrise”, og at mere end 95 pct. af lægerne dernæst er i vildrede, når det kommer til en vurdering af, hvornår en patient med depression er ”medikamentelt behandlingskrævende” eller ej (Lublin 2002). Problematiseringerne retter sig mod usikre grænsedragninger mellem det at være ”syg” og ”rask” og det at være medicinsk behandlingskrævende deprimeret eller ej. På samme vis kan det også diskuteres, hvorvidt det f.eks. er muligt at trække en entydig grænse mellem ”socialfobi” og ”generthed” m.m., og om de nuværende diagnosekriterier for angst dermed giver et rimeligt vurderingsgrundlag for medicinsk behandling.

Den sociologiske og eksistentielle problematisering

Fra samfundskritiske vinkler peges der på, hvordan *socioøkonomiske* betingelser i det senmoderne samfund virker angst- og depressionsprovokerende, hvilket kan siges at problematisere forestillingen om, at psykiske lidelser hovedsageligt udspringer af biologiske dysfunktioner.. Kritikken, som den f.eks. fremføres af Alain Ehrenberg (2000), Rasmus Willig & Andreas Petersen (2004, 2001), hviler på, at den stigende brug af SSRI-præparater skyldes en grundlæggende samfundsmæssig ”disharmoni”. Det antages her, at sociale opbrudsmekanismer, i samspil med gennemgribende økonomiske effektiviseringstendenser, påvirker den samlede mentale tilstand på måder, der fremkalder individuelle, socialt betingede patologier. Patologier, der i samme instans fostrer et individuelt incitament til SSRI-behandling. Den grundlæggende teoretiske antagelse er m.a.o., at der går en ubrudt linie fra de sociale patologiske forhold til den individuelle lidelse. Eksempelvis hævdes, hvordan en manglende evne til at leve op til fordringer om individuel selvrealisering projiceres over i individuelle patologier som depression eller angst, der i forlængelse heraf udmønter sig i et stigende SSRI-forbrug. Kritikerne slutter på den baggrund, at det moderne

¹¹ ”Medicin til raske – en syg idé?”, konferencerapport, Teknologirådet, 21.01.04.

samfunds mange muligheder og manglende identitetsmarkører teoretisk set fungerer som depressions- og angstfremmende samfundsfaktorer Willig & Petersen (2004, 2001). Med afsæt i bl.a. Anthony Giddens (1990), Zygmunt Bauman (2000) og Richard Sennett (1998) pointeres det, hvorledes individet overtager den samfundsmæssige forestilling om et ubegrænset antal af valgmuligheder med risiko for at blive et patologisk tilfælde, hvis de individuelle forventninger ikke indfries. I forlængelse heraf antages det, at indtagelsen af SSRI-præparater umiddelbart fungerer som en mekanisme, der som en "letkøbt" løsning reducerer det individuelle patologiske ubehag fremkommet ved tilstedeværelsen af en overordnet skævvredet samfundsudvikling.

Den "letkøbte" løsning videreføres også i en humanistisk/eksistentiel kritik – dog med et helt andet afsæt. Her fremføres det synspunkt, at angstlidelsen som krisefænomen rummer et individuelt forbundet vækstpotentiale, som den enkelte selv skal finde frem til eller eventuelt kan forløses af eksistentielt orienteret psykoterapi. På den baggrund frarøver SSRI-behandlingen umiddelbart den enkelte muligheden for at komme styrket ud af en individuel krise¹².

Med disse antagelser indikerer sociologiske og humanistiske/eksistentielle teser således, at angsttilstande lige så vel kan forstås som sociale samfundsfænomener eller eksistentielt funderede problematikker, som de kan siges at udspringe af biologisk betingede patologier. Der skabes med andre ord et incitament for at begribe genstandsfeltet med en indgangsvinkel, der problematiserer den naturvidenskabelige forklaringskraft, som ligger i den dominerende psykiatriske angstforståelse.

Hertil kan rejses spørgsmålet om, hvor man skal starte, og hvor man skal slutte. Skal der hovedsageligt fokuseres på, hvordan overordnede samfundsforhold via sociale processer determinerer individets mulighedsrum, hvorved psykisk sygdom og behandlingsformer primært klarlægges via teoretisk abstraktion? Eller skal man ud fra en humanistisk psykologisk forståelse begribe det stigende antal angstlidelser og SSRI-behandlingen med afsæt i, hvordan menneskets behovstilfredsstillelse og tilegnelse af mening konflikter med ydre sociale vilkår?

Ved valg af første indgangsvinkel kan konsekvensen blive, at den problemstillingsmæssige ramme begrænser sig til et fokus på, hvordan gennemgribende strukturelle samfundsforhold bestemmer angstlidelser og SSRI-behandling som et overindividuel forhold. Derved reduceres psykiske lidelser og behandlingsformer til et rent samfundsfunktionelt fænomen. Ved valg af en humanistisk indgangsvinkel ender man i den modsatte grøft med et så stærkt stående fokus på individets evner og udviklingspotentiale, at angstlidelsen og behandlingsformer i høj grad ses som betinget til

¹² Informativt interview med Peter La Cour, cand.psych, Afdeling for Sundhedspsykologi
Institut for Folkesundhedsvidenskab, d. 5. april 2005

menneskets selvforhold. Derved negligeres, hvordan samfundsindlejrede betingelser på et overindividuel niveau indvirker på individets selvforståelse og handlemuligheder.

1.4 Undersøgelsens tre problemstillinger

Med intentionen om at medvirke til skabelsen af en nuanceret og helhedsorienteret forståelse af angstdiagnosticeredes begrundelser for SSRI-behandling, forlades ovenstående dualistiske tilgange til fordel for en tværvideenskabelig og dialektisk forståelse af relationen mellem individ og samfundsmæssighed. Vi ønsker herved at favne den komplekse relation mellem det individuelt meningsgivende, udtrykt som et særegent forhold, og betydningen af de muligheder, samfundsmæssige betingelser stiller til rådighed for den enkelte.

Set i lyset af det praktiske genstandsfelt har vi først og fremmest til hensigt at skabe klarhed omkring angstdiagnosticeredes særskilte begrundelser for at indgå i SSRI-behandling med en samtidig opmærksomhed på, hvilken betydning diagnosen og behandlingen har for deres livssituation. Her vil vi forsøge at indkredse, hvordan kontekstuelle forhold er med til at gøre valget om medicinsk behandling meningsgivende. Først og fremmest set i forhold til behandlerpraksissen og rådgivningsinstanser, men også set i forhold til relationelle sammenhænge såsom familien, arbejdspladsen, uddannelsessystemet osv. Det vil m.a.o. sige, at vi ønsker at nå til en forståelse af, hvad der for den enkelte begrunder valget af medicinsk behandling ud fra mere komplekse aspekter end den mest åbenlyse begrundelse om symptomdæmning. Ud fra et problematiserende sigte, vil vi yderligere fokusere på, hvilke sociale og positionelle dilemmaer og konflikter, der er knyttet an til det at være 'angstdiagnosticeret i medicinsk behandling'. Dermed er hensigten at opnå kendskab til diagnosens og SSRI-behandlingens både meningsgivende og problematiske sider. Disse intentioner leder frem til første problemstilling:

- 1) Hvordan begrundes valget af SSRI-behandling ud fra angstdiagnosticeredes subjektive perspektiver, og hvilke konfliktforhold knytter sig til deres livssituation som 'angstdiagnosticerede i SSRI-behandling'?

I forlængelse af første problemstillings fokus på det nærkontekstuelle plan ønsker vi at klarlægge, hvilke forhold, der på et bredere samfundsmæssigt plan er med til at legitimere SSRI-behandling som dominerende behandlingsmulighed i det offentlige behandlingssystem. Intentionen er her at skabe indsigt i de samfundsmæssige betingelser, som fremmer fokus på den biokemiske angstforståelse indenfor behandlerpraksisserne (lægen og psykiatrien), rådgivningspraksissen (Angstforeningen) og informationsmæssige instanser (websider/informative brochurer)¹³. Vi vil i den forbindelse forsøge at afdække, hvordan angstdiagnosticeredes subjektive begrundelser for

¹³ 'Samfundsmæssige betingelser' skal forstås bredt og vedrører dels reelle faktorer så som den øgede udbredelse af teknologisk forskning, medicinalbranchens øgede produktudvikling osv. og dels mere latente faktorer så som ændrede patientkrav, målet om effektive behandlingsformer osv.

SSRI-behandling indgår i en dialektisk relation til niveauforskudte betingelser – af overgribende og praksisindlejret art. Den anden problemstilling lyder derfor:

- 2) Hvilken forbindelse er der mellem de angstdiagnosticeredes begrundelser for SSRI-behandling og praksisindlejede betingelser, der sætter fokus på den biokemiske angstforklaring og dermed legitimerer SSRI-behandlingen på et samfundsmæssigt plan?

Med besvarelsen af dette spørgsmål forsøger vi at tegne et bredere billede af, hvad der på det samfundsmæssige plan er med til at begrunde og legitimere den generelle SSRI-brug samt hvilken rolle, praksisindlejede betingelser spiller i relation til angstdiagnosticeredes begrundelser for SSRI-behandling. Dette perspektiv bliver endvidere inddraget i den afsluttende problemstilling, hvor vi har en intention om at rejse en række perspektiverende bud på, hvordan de aktuelle ”samfundsmæssige vilkår” for gruppen af angstdiagnosticerede kan forbedres. Her har vi til hensigt at foretage en overordnet problematisering af de eksisterende velfærdsstatslige håndteringsmåder set i lyset af undersøgelsens problematiserende erkendelser. På denne baggrund udmønter tredje og konkluderende problemstilling sig i følgende spørgsmål:

- 3) Hvilke udfordringer rejser undersøgelsens problematiserende betragtninger af angstdiagnosticeredes aktuelle ”samfundsmæssige vilkår” til den eksisterende velfærdsstatslige håndtering af angstdiagnosticerede og hvilke ændringsmuligheder kan på perspektiverende vis foreslås?

Denne konkluderende problemstilling orienterer sig således mod at forankre undersøgelsens løbende analytiske betragtninger i en forandringsoptik, der forsøger at ”tænke i forandringspotentialer” på det regulationspolitiske, behandlingsmæssige samt forenings- og rådgivningsmæssige plan.

Følgende kapiteloversigt giver indblik i undersøgelsens opbygning.

I *kapitel 2* begrundes vi valget af de analytiske indfaldsvinkler; et *kritisk psykologisk* perspektiv og et *governmentality-perspektiv*, hvorefter vi redegør for, hvorledes perspektiverne på komplementær vis kan anvendes til analyse af det empiriske materiale. I forlængelse heraf præsenterer vi de analysestrategier, der knytter sig til besvarelsen af hver enkelt problemstillingsfase. Undervejs redegøres for valg og brug af primær og sekundær empiri og til sidst fremstilles overvejelser over generaliseringsmuligheder. I *kapitel 3* klarlægges, hvordan angstdiagnosticerede *begrunder* deres valg af SSRI-behandling ud fra rækken af sociale og praksisrelaterede betingelser, som de stilles overfor før, under og efter det ’diagnosticerende’ mødet med behandlerpraksissen. I dette kapitel besvarer vi første del af første problemstillingsfase. I *kapitel 4* analyserer vi hvilke konfliktforhold, der knytter sig til de angstdiagnosticeredes livssituation fra et ’her-og-nu’-perspektiv og fremanalyserer i den forbindelse tre tværgående konfliktforhold: ’Den medicinsk styrede krop’, ’positionen som sygdomsoffer’ og ’den biokemiske angstforståelses reduktive forklaringskraft’,

som vi efterfølgende yderligere problematiserer. I dette kapitel besvares anden del af første problemstillingsfase. I *kapitel 5* forsøger vi, gennem et institutions- og betingelsesanalytisk perspektiv, at få en indsigt i de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum. Et mulighedsrum, der dels relaterer sig til teknologiske og samfundsøkonomiske betingelser, dels intersubjektive handlingsorienterede logikker af normaliserings- og effektorienteret karakter, af evidens- og ekspertorienteret karakter og af selvforvaltningsorienteret karakter. I dette kapitel besvares specialets anden problemstillingsfase. I *kapitel 6*, specialets konklusion, opsummeres og uddybes undersøgelsens problematiserende betragtninger i et velfærdsstatsligt perspektiv. Afslutningsvist kommer vi med perspektiverende bud på mulige ændringer af den samfundsmæssige håndtering af angstdiagnosticerede. I dette kapitel besvares specialets tredje problemstillingsfase.

1.5 Faktuelle forhold vedrørende genstandsfeltet

Da undersøgelsen løbende refererer til den 'biokemiske angstforståelse' og 'SSRI-behandling', vil vi, af hensyn til læseren, kort uddybe disse termer som afrunding på kapitlet.

De nuværende angstdiagnoser på ICD-10-listen

I Danmark defineres 'sygelige' eller 'afvigende' former for angst i forhold til det internationale sygdomsklassifikationssystem "International Classification of Diseases" (forkortet ICD-10), der er blevet anvendt af behandlingspraksissen siden 1994¹⁴.

ICD-10 opererer ikke med en nøjagtig definition af psykiske lidelser men læner sig tæt op ad definitionen i den amerikanske DSM (senere DSM-IV), der overordnet definerer 'psykisk lidelse' som:

"... Et klinisk betydningsfuldt adfærdsmæssigt eller psykologisk syndrom (dvs. en samling af symptomer), som er ledsaget af subjektivt ubehag, nedsat funktionsevne, eller som er forbundet med stor øget risiko for fremtidig død, smerte, funktionsnedsættelse eller tab af personlig frihed (...). Uanset syndromets oprindelig årsag må det betragtes som en manifestation af en adfærdsmæssig, psykologisk eller biologisk dysfunktion i individet." (Hougaard 2002:78)

Kriteriet for sygelig eller afvigende angst beror derved på, at der i en eller anden forstand er tale om en individuel dysfunktion, og at denne dysfunktion kan aflæses i tilstedeværelsen af bestemte symptomer. Når det gælder diagnosen angst, er der tale om følgende symptomer, som vægtes forskelligt afhængigt af hvilken angstdiagnose, der er tale om¹⁵:

"Hjertebanken, sveden, rysten, mundtørhed, vejrtrækningsbesvær, kvælningssfølelse, trykken i brystet, kvalme, maveuro, svimmelhed, uvirkelighedsfølelse, frygt for at miste selvkontrollen, frygt for at dø, hedeture eller

¹⁴ For oversigt over de nuværende angstdiagnoser på WHO's ICD-10-liste, se bilag 1

¹⁵ For detaljeret oversigt over de enkelte angstdiagnosers diagnosekriterier, se bilag 2

kuldegysninger, dødhedsfornemmelse eller føle forstyrrelser. Mindst to symptomer skal være til stede for, at diagnosen angst kan stilles.”¹⁶

Angstdiagnoserne socialfobi, panikangst, generaliseret angst og OCD berettiger til SSRI-behandling. Hvor det ved depression formelt set kræves, at der er tale om en ”moderat” eller ”svær” depression, før der gives medicinsk behandling, skelnes der ikke mellem ”moderate” eller ”svære” angstilfælde. En af ovenstående angstdiagnoser er derfor tilstrækkelig i forhold til igangsættelse af SSRI-behandling¹⁷.

I nedenstående tabel er det angivet, hvilke angstdiagnoser, der er i Danmark er godkendt til SSRI-behandling, hvornår de enkelte diagnoser blev godkendt til SSRI-præparater samt fordelingsprocenten for de enkelte angstdiagnoser.

Tabel 1. Angstdiagnoser godkendt til SSRI-behandling i Danmark¹⁸

Psykisk lidelse	Beskrivelse af diagnose ¹⁹	Den estimerede udbredelse i DK ²⁰	Årstal for første godkendelse til SSRI
Socialfobi/ Socialangst	Frygt for at blive genstand for andres kritiske opmærksomhed	7-10%.	1999
Panikangst	Pludselig, voldsom angst	2%.	1995
Generalise-ret angst	Almen bekymring og uro	3%	1999
Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)	Tvangshandlinger eller tvangstanker	2-3%	1995

SSRI-præparater

SSRI står for Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI). Det antages, at angstsymptomer skyldes et lavt indhold af transmitterstoffet serotonin. Ved brug SSRI-præparatet hindres serotonin i at blive genoptaget i hjernesynapserne, hvorved serotoninmængden øges, og angstsymptomerne mindskes. Udviklingen af SSRI-præparaterne indlejrer sig i psykiatriens biologiske renaissance, der betoner genetik, neurologi og udviklingen af symptomdæmpende psykofarmaka (Kringlen 2003:257; Healy 1999:187ff). SSRI-præparaterne afløser benzodiazepinerne (beroligende medicin) og tilskrives færre bivirkninger og mindre afhængighed (Hougaard 2002:265ff). Effekten af SSRI-behandlingen samt studier af symptomer, forløb, arvelighedsforhold samt neurologisk og psykologisk grundforskning indgår i den fortløbende udvikling og verificering af de eksisterende angstdiagnoser (ibid:80).

¹⁶ <http://www.netpsych.dk/artikler.asp?vis=artikel&id=152>

¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2000): ”Vejledning om behandling med antidepressiva”, p. 25.

¹⁸ Tabellen er udarbejdet ved at sammenholde data fra Lægemiddelstyrelsen (2004) og data fra ”Angst og angstbehandling” (Hougaard 2002).

¹⁹ De enkelte diagnostiske kriterier er som nævnt beskrevet i bilag 2. De diagnostiske kriterier skal være til stede, før der kan stilles en diagnose og behandles med SSRI.

²⁰ Baseret på internationale, epidemiologiske undersøgelser (Hougaard 2002)

Kapitel 2. Teorianvendelse og analysestrategi

Som det fremgår af indledningen og de tre problemstillingsfaser, er det overordnede sigte i denne rapport at undersøge angstdiagnosticeredes livssituation som 'angstramte i SSRI-behandling' ud fra en betragtning af det kontekstuelle og behandlingsinstitutionelle mulighedsrum, der omslutter denne gruppe. Vi arbejder i den forbindelse ud fra en hensigt om at skabe et nuanceret og helhedsorienteret billede af, hvad det indebærer at udvikle angstsymptomer, få stillet en angstdiagnose og at begynde i medicinsk behandling. I den sammenhæng søger vi en klarlægning af, hvordan angstdiagnosticerede *begrunder* deres valg af SSRI-behandling ud fra en række sociale og praksisrelaterede betingelser, som de stilles overfor før, under og efter det 'diagnosticerende' møde med behandlerpraksissen. Dette gøres ud fra en problematiserende tilgang, der orienterer sig mod at afdække sociale, positionelle og handlingsmæssige implikationer for den enkelte med vægt på et *situeret* og *relationelt* perspektiv. Behandlingsmæssige implikationer, der knytter sig til at blive forstået og forstå sig selv i kraft af behandlerpraksissens vægt på angstlidelsens biokemiske oprindelse og den medicinske behandling. I relation til dette udgangspunkt er målet med nærværende undersøgelse at afdække, hvordan de angstdiagnosticeredes reelle handlemuligheder er under indflydelse af sammenhængen mellem bestemte *videnskabelige* forståelsesrammer og *institutionaliserede* håndteringstilgange. Her vil vi endvidere betragte, hvilke *samfundsrationaliteter*, der indvirker på udformningen af de muligheder, der i praksis stilles til rådighed for den angstdiagnosticerede. Det afsluttende sigte er ad denne vej i en forandringsorienteret optik at redegøre for empirisk udledte, problematiske aspekter ved de samfundsmæssige mulighedsbetingelser, som angstdiagnosticerede aktuelt stilles overfor²¹.

I forbindelse med metodisk og analysestrategisk at imødekomme dette forholdsvist brede og praksisorienterede undersøgelsesfokus har vi valgt at trække på to forskellige teoritilgange, der på komplementær vis bidrager til udforskningen af de indledningsvist fremhævede problemstillingsfaser. Disse dækker over henholdsvis:

- et *kritisk psykologisk* analyseperspektiv, der kredser om en subjektvidenskabelig orientering, og
- et *governmentality-inspireret* perspektiv, som centrerer sig om samfundsinstitutionaliserede konstruktions- og betingelsesprocesser.

Med hensyn til empirisk afdækning af genstandsfeltet har vi under inspiration af de to teoriperspektiver valgt:

²¹ Se endvidere figur i afrundingen af dette kapitel for en oversigt over analyseopbygningen.

- dels at foretage 'autobiografiske livsverden-interviews' med en række angstdiagnosticerede, og
- dels at indsamle sekundært materiale, der belyser de praksisindlejrede betingelsesaspekter, som gør sig gældende for de behandlermæssige og rådgivningsmæssige praksisser, som angstdiagnosticerede deltager i.

Den følgende metodiske gennemgang og diskussion består af en nærmere redegørelse for disse valg og belyser ligeledes undersøgelsens analysestrategiske udgangspunkt.

2.1 Analysestrategiske valg i arbejdet med 1. problemstillingsfase: Subjektperspektivet

2.1.1 Hvorfor den kritiske psykologi?

At vi vælger at anvende et kritisk psykologisk udgangspunkt for undersøgelsen hænger i høj grad sammen med, at det først og fremmest er angstdiagnosticeredes egne fortællinger og perspektiver, vi ønsker at placere som det erkendelsesmæssige centrum i afdækningen af problemstillingsfaserne. I den forbindelse har vi gjort os en række overordnede teorirefleksioner, der her præsenteres:

- a) Det teoretiske afsæt skal overordnet være subjektvidenskabeligt orienteret med gennemgående vægt på det subjektive perspektiv som erkendelsesmæssig kilde,
- b) Teorien skal bero på en ontologi, der behersker et dialektisk udgangspunkt i den videnskabelige forståelse af forholdet mellem individ og samfund,
- c) Det teoretiske grundlag skal muliggøre en problematiserende og forandringsorienteret tilgang til studiet af praksissammenhænge og praksisbetingelser,
- d) Teorien skal være bred og åben i dens begrebsammenhænge og have fokus på individers situerede handlemåder, forholdemåder og livssituationer.

Kravet om en subjektorienteret teoriramme opstilles som konsekvens af, at vi, i problematiseringen af de eksisterende forhold, ønsker at belyse, hvad der for den angstdiagnosticerede begrundet valget af medicinsk behandling samt hvilke konfliktsituationer, man stilles overfor som SSRI-bruger. På den baggrund er det hensigtsmæssigt at anvende en teoretisk optik, der epistemologisk hviler på et *subjektvidenskabelig* udgangspunkt, og som dermed tilslutter sig, at det subjektive fortællerperspektiv er vidensgenererende (a).

Dernæst følger, at teorien har en *dialektisk* tilgang i den videnskabelige forståelse af forholdet mellem individ og samfund (b). Dette skal ses i lyset af vores antagelse om, at den professionelle praksis, arbejdspladsen, familien m. m. udgør relationelle sammenhænge, der har betydning for den angstdiagnosticeredes måder at begrunde sine handlinger og holdninger på, m.a.o. at den angstdiagnosticerede ikke er et autonomt/kontekstafhængigt individ i forhold til vedkommendes

stillingstagen til medicinsk behandling. Vi antager dog samtidig, at subjektive udlægninger er af unik karakter, og at relationelle betingelsesaspekter derfor subjektivt videreformidles i form af særegne forholdemåder og håndteringsmåder, som kun kan fremdrages via den enkelte angstdiagnosticeredes perspektiv. Af samme årsag forstår vi ikke angstdiagnosticerede som determinerede og passive bærere af angstlidelser men snarere som individer, der reflekterer over og italesætter deres begrundelser og perspektiver på særegen vis, hvilket netop gør subjektperspektivet forskningsmæssigt relevant.

Som opridset indledningsvist har vi en intention om en kritisk nuancering og problematisering af den i samfundet stigende brug af antidepressiv medicin. Formålet med at foretage undersøgelsen er derfor ligeledes at pege på nogle af de konkrete udfordringer/forandringsmuligheder, der ligger i den samfundsmæssige håndtering af angstdiagnosticerede set i lyset af den problematiserende klarlægning af deres liv som SSRI-brugere. På den måde er hensigten med analysen at skabe et grundlag, som, senere i specialet, giver anledning til at tænke i realpolitiske, rådgivningsmæssige og behandlingsmæssige forandringspotentialer i henhold behandlingspraksiserne, foreningsarbejdet, rådgivning m.m. Områder, der alle i en eller forstand intervenserer med de angstdiagnosticerede. En teoritilgang, der i en eller anden grad lader et *forandringspotentiale* træde frem i dens udgangspunkt, er derfor af grundlæggende relevans for undersøgelsen (c).

Den første del af analysen retter sig mod en forståelse af, hvilken betydning medicinsk behandling har for de angstdiagnosticeredes livssituation, ud fra et helhedsorienteret og nuanceret subjektstandpunkt. Det stiller i første omgang således også kravet om et teoretisk begrebssæt, der opererer med *åbne* mikroorienterede begreber relateret til individets hverdagsliv, håndterings- og handlemåder, interaktionssammenhænge osv. (d).

Det er således disse analytiske hensigter og betragtninger, der har været afgørende for, at vi finder den kritiske psykologiske teoriramme relevant for nærværende undersøgelse. De næstfølgende afsnit uddyber mere konkret, hvad der ligger i den kritiske psykologi, samt hvordan vi benytter os af teoriperspektivet – særligt med blik for den analytiske fremgangsmåde tilknyttet første problemstillingsfase.

2.1.2 Den kritiske psykologis subjektvidenskabelige fokus og dialektiske udgangspunkt

Den kritiske psykologi lader sig ifølge teoriretningens egentlige grundlægger, den tyske psykologiprofessor Klaus Holzkamp (1925-1995), definere som en subjektvidenskab. Teorien har rødder i den sovjetiske psykologiretning, der går under betegnelsen 'virksomhedsteori' samt i den marxistiske dialektiske materialisme, som har fokus på samfundsmæssige produktions- og reproduktionssammenhænge. Det er en teoriretning af "yngre dato" i den forstand, at den først blev

udviklet i midten af 1970'erne via Holzkamps ideologikritiske og subjektvidenskabelige revidering af det marxistiske og virksomhedsteoretiske grundlag²². Selve teoriretningens oprindelighed bygger dermed på mere eller mindre klassiske teoriretninger inden for henholdsvis de samfundsvidenskabelige og psykologiske fagdiscipliner.

Den kritiske psykologi er en teoriretning, der med årene har positioneret sig stærkere og stærkere inden for praksisorienteret socialpsykologi bl.a. på grund af dens forsøg på en dialektisk tænkning i udforskningen af samspillet mellem samfundskontekstuelle betingelsesaspekter og den menneskelige subjektivitet.

Da Holzkamp aldrig nåede at færdiggøre sit teoretiske arbejde, er den kritiske psykologi løbende blevet fortolket og videreudviklet af teoretikere som Ole Dreier (Dreier 1999, 1993, 1979, 1978, 1977), Ute Osterkamp (Osterkamp 2002), Morten Nissen (Nissen 2002, 2001a, 2001b, 1998) og Charlotte Højholt (Højholt 1993). Dette har medført såvel konvergerende som divergerende forståelser af, hvordan Holzkamps efterladte skrifter skal læses. Dog er der bred enighed om, at subjektstandpunktet er et centralt omdrejningspunkt for psykologisk forskning. Et sammenfald blandt flertallet af de forskere, der anvender den kritiske psykologi, er, at teoriretningen anvendes til problematisering samt problemløsning af sociale og professionelle praksisforhold. Dreier har hovedsagligt brugt teoriretningen i sin forskning af psykosociale praksisser (psykologiske og psykiatriske behandlings- og praksisformer), Nissen i forbindelse med forskning af sociale udviklingsprojekter og Højholt i sit arbejde med konfliktløsningsorienterede undersøgelser af praksisproblematikker relateret til forskellige børneinstitutioner.

At den kritiske psykologi anvendes så omfangsrigt i forbindelse med studiet af praksisforhold skyldes primært betoningen af det subjektvidenskabelige fokus, som i en evaluerende og forandringsorienteret forskning af institutionelle praksisser medtænker vigtigheden af et brugerperspektiv. Umiddelbart kan man som læser stille spørgsmålstejn ved, hvilken rolle den kritiske psykologi mere præcist har for nærværende undersøgelse, eftersom problemstillingen ikke tager udgangspunkt i en evaluerende og udviklingsorienteret forskning af en specifik praksisenhed. I stedet går undersøgelsen ud på at problematisere den samfundsmæssige håndtering af angstdiagnosticerede hovedsageligt defineret ved medicinsk behandling, dvs., at der opereres med en kritisk indfaldsvinkel til et på én gang meget overordnet og alligevel meget specifikt genstandsfelt. Der er m.a.o. ikke tale om et konkret og klart afgrænset praksisfokus, der opererer

²² 'Activity theory', på dansk 'virksomhedsteori', er en bred teoretisk forståelsesramme til at undersøge og beskrive menneskelig praksis. Inden for virksomhedsteori undersøges baggrunden for og opbygningen af menneskets aktiviteter. Teorien har sit fokus på dynamisk menneskelig virksomhed, dvs. hvad mennesker gør, og hvordan mennesker handler i interaktion med omgivelserne. Den grundlæggende antagelse er, at psykisk genspejling ikke indtræffer direkte ved mødet med objektet, men at det udvikles som konsekvens af subjektets virksomhed (Mammen 1996, Engelsted 1989).

med specifikke deltagerperspektiver og -sammenhænge. Som konsekvens heraf er der heller ikke tale om en undersøgelse, der udelukkende søger angstdiagnosticeredes ekspliciterede brugerperspektiver på medicinsk behandling, hvilket ville udgøre en misvisende besvarelsesmodel. Brugerperspektivet kan derimod implicit siges at komme til udtryk gennem de angstdiagnosticeredes fremstillinger af medicinens betydning for deres livssituation i en samtidig problematisering af manglende alternativer eller som supplement til den medicinske behandling (eksempelvis i form af psykologhjælp eller sociale tilbud). De fremstår altså ikke som brugere af en specifik praksis men som brugere af medicinsk behandling, hvilket både er et resultat af og resulterer i særlige samfundsmæssige betingelser, hvor forskellige professionelle som sociale praksisser spiller en væsentlig rolle. Og det er det forhold, der relaterer sig til adskillige praksisser, som problematiseres i lyset af de angstdiagnosticeredes perspektiver. Brugen af den kritiske psykologi i denne undersøgelse afviger derfor fra den gængse anvendelsesform men på måder, hvor teoriretningens begrebssæt stadig er yderst relevant og anvendeligt for den empiriske analyse.

Konkret henter vi inspiration fra Klaus Holzkamps begrebsudvikling vedrørende det menneskelige subjekt og den daglige livsførelse og Ole Dreier, der anvender det kritisk psykologiske begrebssæt i analyse af psykisk sygdomsudvikling og den psykosociale praksis.

2.1.3 Den dobbelte handlemulighed

Kernen i den kritiske psykologi er, at menneskets subjektivitet og handlemåder skabes, omformes og udvikles i et *dialektisk* formidlingsforhold med samfundsmæssigheden. Den menneskelige subjektivitet og det menneskelige råderum er derfor også bestemt af et samfunds naturlige og materielle vilkår, der forankrer sig som konkrete livsbetingelser i det menneskelige subjekts livsførelse. Med marxismens dialektiske materialisme som inspirationskilde er der altså tale om en individforståelse, hvor individet i sin handlen er under indflydelse af samfundsmæssige betingelser på måder, der sikrer samfundsmæssig reproduktion og produktivitet (Dreier 1977:15f). Det menneskelige subjekt befinder sig dermed til alle tider i et samfundsmæssigt formidlet rum, hvis betingelser spiller en rolle for dets *handlegrunde* og *præmisses* for handlen. På baggrund af den subjektive formidling af betingelserne, udmønter bestemte *betydnings-* og *begrundelsesstrukturer* sig i *individuelle* og *særegne* forholdemåder og handlemåder. Således er individet som subjekt ikke et determineret produkt af samfundsmæssige betingelser men udgør i kraft af sin unikke subjektivitet et skabende og kreativt væsen, der fortolker, omtolker og begriber sine betingelser på særlige måder. Dette forhold refererer til den kritiske psykologis dialektiske ontologi, hvor samfundsmæssige betingelser og menneskelig handlen antages for at indgå i et gensidigt påvirkningsforhold. Dialektikken kommer mere specifikt til syne i antagelsen om menneskets dobbelte handlemulighed, som udgøres af:

”...alternativet mellem at handle ”under” samfundsmæssige betingelser og at handle ”i en udvidelse i de rådighedsmuligheder, der ligger i betingelserne.”
(Holzkamp 1998:25)

Det menneskelige subjekt kan via sin handlen reproducere sit eksisterende mulighedsrum inden for rammerne af de samfundsmæssige betingelser ved at forholde sig *restriktivt* til disse, men det kan også søge mod en ændring af sit mulighedsrum ved at *almengøre* sit standpunkt i kraft af en udvidende *handleevne*. På dette grundlag gives der i forståelsen af menneskets subjektivitet plads til et ”frihedsaspekt”, som positivt defineres via begrebssammenhænge som udvikling af subjektiv handleevne, udvikling af social selvforståelse, almengørelse af subjektstandpunktet osv. Der forefindes dermed også et forandringsperspektiv inden for rammerne af den kritiske psykologi.

Med henvisning til den indledningsvise diskussion af krav til teoribrug kan den kritiske psykologi siges at have et teoretisk udgangspunkt, der harmonerer med de diskuterede forudsætninger. Teoriretningen er, med Holzkamps ord, ikke blot en *subjektorienteret* videnskab, men en *subjektvidenskab*, hvilket viser sig ved, at en subjektvidenskabelig kontingens er indlejret i teoriens epistemologiske fundament (ibid:20f). Dette legitimerer på det videnskabelige plan et arbejde, der som udgangspunkt lader subjektstandpunktet stå i centrum for forskningsmæssig erkendelse. Teoriperspektivet indikerer dermed vigtigheden af, at det er gennem menneskets subjektivitet, dets livssituation skal forstås. Man kan m.a.o. ikke bestemme menneskers livssituation via typografier eller kategoriinddelinger men må søge mod en forståelse af menneskers livssituation ved at begribe de subjektive betydnings- og begrundelsesstrukturer, der ligger til grund for den. Det er med denne tilgang muligt at nå til en dybere forståelse af, hvordan samfundsinstitutionaliserede og relationelle betingelser formidles subjektivt hos den angstdiagnosticerede. Og dermed også, hvordan den medicinske behandling konstituerer sig som en betingelse, der har en særlig subjektiv betydning for den angstdiagnosticerede set ud fra vedkommendes perspektiv på sin livssituation. I det følgende konkretiseres derfor livssituationsbegrebet i henhold til det kritisk psykologiske begrebsæt.

2.1.4 Analysen af de angstdiagnosticeredes ”livssituation” ud fra en livsførelsesoptik

Livssituationsbegrebet fremstår i en ”common sense” - forståelse ofte som en meget diffus betegnelse for noget mere eller mindre specifikt. Begrebet substitueres gerne med betegnelsen ”liv” og i en omtale af ”den anden” kendetegnes betegnelsen ved enten at have en positiv eller negativ betydning, f.eks.. ”Hvor er hendes liv/livssituation noget møg, efter hun blev fyret”. Også på det videnskabelige plan er anvendelsen af begrebet en udfordring²³. Begreberne ”liv” og ”situation” kan på flere områder siges at være hinandens modpoler; livet og dets mangfoldighed dækker over noget uafsluttet, der løbende udvikles og forandres, mens situationen karakteriserer en faktisk

²³ Begrebet kritiseres ofte for at være et forskningsmæssigt overflødigt begreb med synonymer som livsverden, livsforståelse osv. (Holzkamp 1998).

sammenhæng, der i et situeret perspektiv refererer til konkrete kontekstuelle aspekter (jf. hun blev fyret). Derfor lader begrebet sig sjældent definere teoretisk uden et empirisk indhold. I socialpsykologien og sociologien står studiet af menneskers livssituation centralt, men som regel ud fra mere overordnede og kvantificerbare sammenhænge (skilsmisssens betydning og konsekvenser for den enlige mors økonomi, fritidsbeskæftigelser, sociale og mentale overskud osv.). Derved afgrænses livssituationsbegrebet implicit via empirisk analyserbare fokuspunkter/kategori-grupper.

Inddragelsen af livssituationsbegrebet som udgangspunkt for en analyse af de angstdiagnosticeredes betingelser under medicinsk behandling er ligeledes først og fremmest tiltænkt et empirisk indhold. Målet er dog, at det ikke skal afgrænses eller substitueres med en analyse af på forhånd givne specifikke fokuspunkter (ledighed, social kompetence osv.). Pointen med inddragelsen af begrebet er netop dets ”åbne karakter”, som skal udfyldes af de angstdiagnosticeredes subjektive perspektiver. Selvom begrebet i denne undersøgelse fremstår som et relativt ”tomt” begreb, der skal udfyldes, er det dog samtidig et eksplicit anvendt begreb og bør derfor også i en vis udstrækning defineres.

Da hensigten er at bevare begrebets åbenhed, defineres begrebet her via ”aspekter” og ”perspektiver” og ikke via forudbestemte empiriske variable. Dette gøres i første omgang ved hjælp af det kritisk psykologiske begrebsapparat ud fra en betragtning af de angstdiagnosticerede *livsførelse*. Begrebet kan i den kritiske psykologi anskues som en samlet betegnelse for menneskets måder at arrangere sine livsmuligheder med blik for, hvordan det konkrete subjektstandpunkt må begribes i henhold til et *handlingsaspekt*, et *betingelsesaspekt* og et *begrundelsesaspekt* (Holzkamp 1998: 22ff).

Handlingsaspektet udmønter sig i begreberne; handleevne, almengørelse og social selvforståelse. Betingelsesaspektet udfolder sig i begrebssammenhænge; det samfundsformidlede subjektive mulighedsrum, almengjorte handlemuligheder samt handlesammenhænge. Dialektikken mellem handlingsaspektet og betingelsesaspektet kommer til udtryk i det menneskelig subjekts begrundelser forstået via begreberne: handlegrunde samt begrundelses- og betydningsstrukturer. Det er disse sidstnævnte begrebssammenhænge, der udgør det analytiske fundament, og som skal fyldes ud af subjektperspektivet, fordi de giver afgørende indsigt i relationen mellem subjektstandpunktet og livsførelsens betingelsesaspekter.

2.1.5 Valget af en begrundelsesanalytisk undersøgelsesstrategi

Vi har på baggrund af ovenstående betragtninger valgt at tage udgangspunkt i en begrundelsesanalytisk tilgang i arbejdet med den første problemstillingsfase. Ved brug af en sådan analyse-tilgang forsøger vi at afdække, hvordan kontekstuelle forhold - givet ved angstdiagnosticeredes samfundsinstitutionaliserede og sociale betingelser forud for behandlingen, under mødet med

behandlerpraksissen samt efter behandlingsstart – implicit formidles i den enkeltes subjektive begrundelser for SSRI-behandling.

Som kort påpeget ovenfor hviler menneskelige handlemåder og forholdemåder i den kritiske psykologi på subjektive *handlegrunde*, der er bestemt ved menneskets oplevelse af den foreliggende situations betydning. Dette skal dels forstås som de tilgængelige handlemuligheder, der fremtræder fra menneskets subjektive ståsted og dels med hvilken intention, mennesket handler i en given situation (Dreier 1993:22). Det menneskelige subjekts handlegrunde er tæt beslægtet med begrebet *subjektiv funktionalitet*, der refererer til, på hvilken måde visse handlemåder og mulighedsbetingelser opleves meningsgivende frem for andre. Begrebet om subjektiv funktionalitet er et essentielt analyseredskab, fordi det kan sige noget om, på hvilken måde kontekstuelle betingelser lader sig integrere i de angstdiagnosticerede begrundelser for SSRI-behandlingen, således at behandlingen begribes som en subjektiv funktionel mulighedsbetingelse for den enkelte. Begrebet giver derved analytisk indsigt i, hvordan såvel diagnosticeringen som den medicinske behandling begrundes som meningsgivende for den angstdiagnosticerede ud fra en betragtning, der medtænker betydningen af praksisbetingelser.

Menneskets handlegrunde og intentioner, herunder hvilke handlemåder og mulighedsbetingelser, der forekommer subjektivt funktionelt at underkaste sig og at forholde sig restriktivt til eller omvendt forandre, er bundet op på konkrete *handlesammenhænge*. Handlesammenhænge skal forstås som konkrete praksisforhold, hvori subjektet befinder sig og dets handlinger finder sted og har fundet sted i løbet af dets livsforløb (Dreier 1993:25). I relation til nærværende speciales problemstillinger og undersøgelsesgruppe kan handlesammenhænge f.eks. bestå af familiemæssige relationer, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladsen, læge og psykiatri-konsultationen osv. Disse handlesammenhænge, herunder andre parter forholde- og handlemåder, er alle i en eller forstand med til at præge menneskets subjektive handlegrunde i forhold til hvilke handlemuligheder, man ser for sig og med hvilken intention, man møder disse.

Handlesammenhænge og deres forbindelse til handlegrundene, antages inden for den kritiske psykologi at være formidlet af nogle samfundsmæssige almengjorte betingelser²⁴, som det menneskelige subjekt møder, og som det særegent griber og fortolker på bestemte måder jf. den dobbelte handlemulighed. Man kan gribe disse betingelser på en mulighedsudvidende måde gennem almengørende deltagelse med andre parter. Det er denne almengørelse, der bl.a. muliggør en social selvforståelse, hvor man ikke fortolker sig selv og sine omgivelser ud fra på ”objektliggende” måder. I stedet forsøger man at *begribe* sine præmisser og andres præmisser på måder, der forekommer fælles meningsgivende og samtidig retter sig mod fælles mulighedsudvidende

²⁴ Det skal dog nævnes, at den kritiske psykologi, i kraft af den dialektiske materialisme, i høj grad også fokuserer på materialiserede samfundsproducerede betydningsstrukturer. De ”almengjorte” betingelser er derfor et delelement af de generelle givne betydningsstrukturer. Vi kommer nærmere ind på denne begrebssammenhæng i forbindelse med bevarelse af anden problemstillingsfase.

handleorienteringer. Herved øges evnen til at udvide sit personlige mulighedsrum og overskride mulighedsbegrænsende praksisbetingelser, der fastlåser en selv og andre parter i bestemte magtpositioner og konfliktfyldte udgangspunkter (ibid:30). Det kan dog lige såvel forekomme meningsgivende at handle restriktivt på andre parter præmisser og/eller i henhold til eksisterende praksisbetingelser. Dette gælder særligt, når restriktive handlemåder fremstår nærliggende eller funktionelle i den subjektive vurdering af sit mulighedsrum. Modstillingsforholdet mellem *restriktive handlemåder/udvidende handlemåder* og *fortolkende/begribende forholdemåder* er således nogle betragtninger som er vigtige for den videre undersøgelse af angstdiagnosticeredes mulighedsbetingelser og handlegrunde, særligt i forhold til det problematiserende spørgsmål om, hvilke konfliktforhold det afstedkommer for den enkelte at være 'angstdiagnosticeret i SSRI-behandling'.

2.1.6 Det fænomenologiske tilsnit og en autobiografisk interviewteknik

Da den forskningsmæssige erkendelse i den kritiske psykologi opnås igennem et subjektivt perspektiv, er det vigtigt ud fra et begrundelsesanalytisk sigte at opnå indsigt i, hvordan de angstdiagnosticerede erfarer og fortolker deres handlegrunde og handlemuligheder, som de fremstår for dem. I vores konkrete undersøgelsestilfælde gælder det ikke blot i et 'her og nu'-perspektiv, men lige såvel i et tilbageskuende som fremadrettet perspektiv. Det tilbageskuende/retrospektive perspektiv er væsentligt i lyset af, at vi arbejder ud fra en analytisk tidsdimension, der koncentrerer sig om de angstdiagnosticeredes begrundelser for SSRI-behandling ud fra en betragtning af løbende praksisbetingelser og relationelle 'jeg-omverdensforhold' relateret til deres handlesammenhænge. Ligeledes er det fremadrettede informantperspektiv, som det tilbageskuende, relevant i forhold til at afdække de *konfliktforhold* – forstået som modsætningsfyldte perspektiver og dilemmaer – den enkelte oplever ved at være 'angstdiagnosticeret i SSRI-behandling': Hvilke mulighedsbetingelser sætter en angstdiagnose, der koncentrerer sig om biokemiske årsagsforklaringer – hvordan forstår man sig selv, og hvordan oplever man at blive forstået af andre? Optræder der på vegne af diagnosen handlingsorienterede perspektivskift i forhold til oprindelige livsstrategier og mål på måder, som forekommer mulighedsindskrænkende? Synes angstudviklingen at have tilknytning til sociale problematikker, der mister fokus ved diagnosticeringsvægten på biokemiske årsagsforklaringer? Fremstår SSRI-behandlingen fyldestgørende eller savnes alternative behandlingsmuligheder? osv.

På baggrund af det begrundelses- og konfliktanalytiske perspektiv, hvilket indebærer betoningen af et tidsdimensionelt perspektiv, har vi valgt at lade os inspirere af en såkaldt narrativitetsorienteret og autobiografisk interviewteknik, som der bliver redegjort for i det følgende. Dette har bl.a. haft til konsekvens, at vi har foretaget relativt langvarige, kvalitative interview med en række angstdiagnosticerede (af to - tre timers varighed). Interviewteknikken har været yderst frugtbar i den forstand, at informanternes narrative gengivelser af deres liv under angstudviklingen, i mødet med

behandlerpraksissen og efter påbegyndelsen af SSRI-behandlingen giver indblik i, hvordan de arrangerer deres begrundelser for behandlingen i forholdet mellem symptomudviklingen og omverdensbetingelser. Ligeledes giver informanternes refleksive opfølgninger på de narrative fortællerpassager forståelse for hvilke konfliktperspektiver og dilemmaer, der følger af diagnosticeringen og SSRI-behandlingen. Inden disse forhold uddybes vil vi kort redegøre for sammenhængen mellem den kritiske psykologis epistemologiske ståsted og valget af den konkrete interviewteknik.

Den ”fænomenologiske impuls”

I kritisk psykologi vil samfundsmæssige betingelser formidle et reelt mulighedsrum, der viser sig for det menneskelige subjekt på særegne måder i en situeret relation til de konkrete handle-sammenhænge, vedkommende har indgået i og indgår i. Betingelserne vil derfor i vid udstrækning fremtræde for den enkelte i forskellige udgaver afhængigt af vedkommendes unikke ståsted. På dette grundlag synes der at finde en bevægelse sted i retning af en fænomenologisk konstruktion, hvor ontologien bliver det, ”der fremtræder for nogen” (Zahavi 2003:17). Vores viden om det, der fremtræder, knytter sig derfor også an til en forståelse af den subjektivt formidledes betydning og funktion. Denne perspektivistiske epistemologi i den kritiske psykologi formuleres af Dreier, med direkte inspiration fra Holzkamp, på følgende måde:

”Som en sjældenhed i psykologien tilbydes en helhedskonception, der omhandler den samlede samfundsmæssige formidling af individets liv uden at tabe de mangfoldige måder af syne, hvorpå individuelle subjekter umiddelbart erfarer deres liv og forholder sig til det. Den forbinder en fænomenologisk impuls til at udarbejde den individuelle handlens oplevelsessted, - perspektiv og intentionalitet med dennes formidlede relation til de samfundsmæssige strukturer” (Dreier 1993:111).

”Den fænomenologiske impuls” i den kritiske psykologi har reelt den konsekvens, at det forskningsmæssigt er muligt at opnå en viden om, hvordan samfundsmæssige betingelser erfares, gribes og omfortolkes af det enkelte subjekt inden for de specifikke rammer af selve subjektiviteten. Menneskets subjektive perspektiv bliver dermed ikke ”bare” en erkendelsesmæssig ”mellestation” til begribelse af ”bagvedliggende” betingelser, men bliver det erkendelsesmæssige ståsted, hvorfra betydningen af betingelserne må begribes på det videnskabelige plan. Det er bl.a. på denne baggrund, vi anskuer det som væsentligt at lade de angstdiagnosticerede informanternes narrative fortællinger stå i centrum for undersøgelsen og dermed fremhæve disse som analytisk genstandsfelt i arbejde med første problemstillingsfase.

Vi har som påpeget ladet os inspirere interviewteknisk af såkaldte 'autobiografiske spontanfortællinger', hvilket er en teknik udviklet af den tyske sociolog Fritz Schütze²⁵ (Schütze 1991, 1992a, 1992b). De autobiografiske spontanfortællinger knytter an til en empirisk metodologi, hvor vi på fænomenologisk vis får adgang til de angstdiagnosticeredes narrative fremlæggelser af deres subjektive begrundelser (handlegrunde) for SSRI-behandlingen. Herunder, hvordan angstdiagnosen og den medicinske behandling forekommer subjektiv funktionel samt hvilke konfliktforhold, diagnosen og behandlingen samtidig sætter for den enkelte. Fortællingerne udspringer i flere dele af interviewene ud fra en genkaldelse og fortolkning af hændelsernes betydning for den enkelte, hvilket giver mulighed for retrospektive belysninger af informanternes mulighedsrum (se også Schütze 1991:339ff.). Da informanternes spontane fortællinger primært udfolder sig som 'gengivelser af handlingsforløb tilknyttet løbende livsomstændigheder fra angstudviklingen til diagnosen og behandlingen', opnår vi samtidig indblik i, hvilken indflydelse forskellige handlesammenhænge har for det subjektive mulighedsrum, som informanterne udtrykker i deres situationsbeskrivelser. Herunder hvilken rolle den familiemæssige, uddannelses- og arbejdsmæssige samt behandlings- og rådgivningsmæssige handlesammenhæng spiller for den enkeltes handlegrunde, dilemmaer og konfliktforhold.

I den specifikke interviewsituation har vi således ladet informanterne fortælle åbent om deres historie med forsøg på at minimere afbrydende spørgsmål i forbindelse med deres fortællinger²⁶. Enkelte afbrydende eller opfølgende spørgsmål er kun blevet stillet i tilfælde af forståelsesvanskeligheder, hvis der er forekommet for store brud i fortællingens kronologi, hvis informanten har tabt tråden o.l.²⁷. Vi har dog bestræbt os på primært at lade informanterne styre interviewet for først til sidst i interviewsituationen at stille spørgsmål til informanterne omkring fremstillede sammenhænge og modstillingsforhold. Dette er gjort ud fra målet om ligeledes at indfange informanternes bredere refleksioner over disse forhold²⁸.

²⁵ Fritz Schütze tager teoretisk afsæt i symbolsk interaktionisme og etnometodologisk samtaleanalyse.

²⁶ Se også bilag nr. 3 for interviewguide og bilag 4 for intervieweksempel.

²⁷ Vi har valgt blot at lade én af os interviewe de forskellige informanter for at fremme tilliden og gøre situationen mindre "konstrueret" taget informanternes konkrete situation i betragtning (flere har fået stillet diagnosen 'socialfobi')

²⁸ Hysse B. Forchhammer argumenterer for, at interviewet i en kritisk psykologisk forståelse kan ansues som en handlesammenhæng, hvortil der til informanterne knytter sig forskellige interesser, forskellige livsførelsesbetingelser (Forchhammer 2001:29). Det betyder, at de i interviewsituationen må antages at vægte at fokusere på nogle problematikker frem for andre og derfor arrangerer deres gengivelser på bestemte måder. I modsætning til Fritz Schütze, mener vi derfor, at de retrospektive fortællerforløb er præget af det subjektive ståsted og tilhørende interesser, hvorved de ikke nøgternt fremstiller det reelle og objektivt livsforløb. Sammenstillingen af tværgående elementer i de forskellige informantbeskrivelser og inddragelsen af sekundær empiri er dog medvirkende til at højne gyldigheden af erfaringsbeskrivelserne vedrørende mødet med behandler- og rådgivningspraksissen m.m. Det skal ydermere tilføjes, at vi, med inspiration af Fritz Schützes interviewteknik, har fokuseret på at lade informanternes fortællinger træde i forgrunden og at lade dem fortælle deres "historie" om deres liv med angst for således at sætte vores problematiserende forforståelse i parentes i selve interviewsituationen.

2.1.7 Redegørelse for informantgruppe og analytisk fremgangsmåde

Vi har i alt interviewet otte angstdiagnosticerede i SSRI-behandling med vidt forskellig baggrund; to informanter er ansatte i større virksomheder i den vidensintensive branche, to er studerende og i gang med en videregående uddannelse, én er i aktivering efter længere tids ledighed, én har gennem flere år været på sygedagpenge og to er førtidspensionister – den ene med mange års arbejdsløshed bag sig. Ligeledes har de fået stillet forskellige diagnoser (socialfobi/panikangst OCD) og længden af deres behandlingsforløb varierer (fra et halvt år til fjorten år)²⁹.

Grunden til de store variationer skal ses i tilknytning til de generelle vanskeligheder ved – når det gælder en relativ ”følsom” målgruppe – at sætte for mange udvælgelsesmæssige kriterier. Eksempelvis ønskede vi oprindeligt at afgrænse os ved at udvælge en målgruppe bestående af ’socialfobikere’, hvilket ikke har vist sig muligt at imødekomme i praksis. Den bredt sammensatte informantgruppe er et udfald af længere tids annoncering på Angstforeningens hjemmeside samt et konkret fremmøde i en af Angstforeningens selvhjælpsgrupper, hvor vi præsenterede udgangspunktet for undersøgelsen. På den baggrund refererer de forskellige informantfortællinger til yderst varierende kontekstuelle omstændigheder, ressourcemæssige vilkår mm., hvilket har medført en række større udfordringer mht. analyseopbygning, -indhold og -omfang. Særligt set i forhold til vores helhedsorienterede udgangspunkt har det været vigtigt at lade så mange aspekter som muligt træde frem i den enkelte informantfortælling. Derudover er det væsentligt med en stringent og overskuelig formidling. De afgrænsninger vi har foretaget mht. det empiriske materiale består derfor af en række analytiske afgrænsninger. Vi har her afgrænset os fra at gå i dybden med, hvilken betydning det har for den enkelte informant f.eks. at ligge inden for en specifik diagnosekategori/flere diagnosekategorier, at være på et bestemt præparat, variationer i længden af behandlingsforløb mm. Ligeledes har vi måtte begrænse os til at lade visse informantperspektiver træde i karakter frem for andre for at bevare stringensen og hensynet til de enkelte informantperspektiver og fortællinger. Dette betyder, at seks af informantperspektiverne fremhæves i disse analysedele, mens de to resterende bruges som understøttende referencer, når vi diskuterer de analytiske betragtninger på et mere generelt og tværgående plan.

Informantperspektiver, som står i centrum for analysen er dels valgt ud fra den tekniske interviewkvalitet og dels ud fra muligheden for at bygge analysen op om tre differentierende informantgrupper. Disse informantgrupper omfatter hver to informantperspektiver: 1) de virksomhedsansatte, 2) de studerende og 3) de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede. Inddelingens primære funktion består i at skabe et formidlingsmæssigt overblik og analytisk hensyntagen i forhold til forskelligheder i informantgruppernes ressourcemæssige, kontekstuelle og positionelle mulighedsbetingelser. Samtidig har vi dog stadig blik for perspektivforskelle internt i grupperne.

²⁹ Se også afsnittet ’præsentation af informanter’ sidst i dette kapitel for uddybende oplysninger

Hvordan begrundelsesanalysen og analysen af konfliktforhold bygges mere præcist op, bliver kort opridset i det følgende.

2.1.8 Det begrundelsesanalytiske fokus

Den første analysedel fokuserer primært på informanternes narrative og situationsbeskrivende fortællerpassager. I den sammenhæng belyses informanternes subjektive fremstillinger af de mulighedsrum, der stilles til rådighed for den enkelte, og som de hver især griber på forskellige måder. Analysen beskæftiger sig her med informanternes udlægninger af deres retrospektive livsførelsesforløb og har fokus på, hvordan samspillet mellem angstsymptomerne og relationelle praksissammenhænge processuelt synes at have sat/sætter betingelser, der subjektivt begrunder valget af SSRI-behandling (den arbejds- og studiemæssige handlesammenhæng, den familiemæssige handlesammenhæng, de behandlermæssige handlesammenhænge osv.). Herunder bliver det belyst, hvordan diagnosticeringen og den medicinske behandling fremstår subjektiv funktionel for den enkelte f.eks. i spørgsmålet om at genvinde sin handleevne, at blive forstået af sine omgivelser på grund af diagnosens forklaringskraft. Dette bliver dels gjort ud fra en betragtning af de betingelser, angstudviklingen sætter men ligeledes med opmærksomhed på, hvordan informanterne refererer til andre parters forholdemåder og handlemåder som begrundelsesgrundlag. Her træder den professionelle behandler (lægen/psykiaterne) forholdemåder og handlemåder naturligvis i karakter. Derudover fokuseres på, hvilken indflydelse andre rådgivnings- og informationsinstanser synes at have for den enkeltes begribelse af sit mulighedsrum (Angstforeningens rådgivning og selvhjælpsgrupper, informationsmateriale, diverse oplysningskilder o.l.).

Som tidligere påpeget tager analysedelen udgangspunkt i en *tidslig* dimension, der i en tilbageskuende betragtning vægter klarlægningen af livsførelsesforløbenes betydning for informanternes forholdemåder og perspektiver. Analysestrukturen er på denne baggrund bygget op om tre dele, som vedrører: Informanternes livsførelsessituation under den begyndende angst-udvikling, i mødet med de professionelle behandlerpraksisser og efter diagnosticeringen og påbegyndelsen af SSRI-behandlingen. Analysefremstillingen bærer i store træk præg af at være beskrivende frem for problematiserende og inddrager en del informantcitater. Dette skyldes målet om at ”trække de brede og nuancerede tråde” i informantbeskrivelserne og -perspektiverne. På den måde øges ikke blot den analytiske reliabilitet, men ligeledes inddrages læseren i det brede spektrum af betragtninger, der er væsentlige for den videre analyse. Det skal tilføjes, at vi i behandlingen af det omfangsrige, transskriberede interviewmateriale har foretaget en række afgrænsninger af de mange informationer og situationsbeskrivelser. For at bevare en indholdsmæssig stringens er visse aspekter derfor trådt i baggrunden

2.1.9 Analysen af konfliktforhold

I den anden analysedel følges endeligt op på første problemstillingsfase, idet der bliver sat fokus på de *konfliktforhold* og *dilemmaer*, der optræder i de forskellige informanternes livsførelse i positionen som 'angstdiagnosticeret i SSRI-behandling'. Hvor begrundelsesanalysen bl.a. har fokus på diagnosen og SSRI-behandlingens subjektive funktionalitet, er denne analysedel med til at pege på de begrænsende mulighedsbetingelser, der følger af diagnosticeringen og behandlingen. Både set i et 'her og nu'-perspektiv i forhold til den måde informanterne fortolker dem selv og deres handlemuligheder, og ligeledes set i et fremadskuende perspektiv i forhold til, hvordan de anskuer deres generelle mulighedsbetingelser f.eks. i forhold til arbejde, uddannelse, behandlingsvarighed osv. Dette indebærer fokus på udtalte dilemmaer (så som den gode vs. det dårlige ved 'identiteten som angstramt'), konflikter relateret til den konkrete medicinbrug (f.eks. i forhold til følelsen af kropslig "fremmedgørelse"), modsætningsfyldte perspektiver i relationen mellem intentioner og handlemåder (f.eks. at ville opnå ting, som angsten umiddelbart sætter grænser for) osv. Vi fokuserer endvidere på, hvorledes sociale problematikker kommer til at stå i baggrunden for opmærksomhed på angstens biokemi.

Denne analysedel er derfor yderligere med til at kaste lys over, hvorledes divergerende kontekstuelle forestillinger og betingelser lader sig integrere i det subjektive perspektiv, som konsekvens af at være 'angstdiagnosticeret i SSRI-behandling'. Analyseopbygningen omfatter indledningsvist en analytisk gennemgang af inddragne interviewpassager og -sammenhænge, hvorefter der bliver fortaget en problematiserende diskussion af bl.a. de behandlingsmæssige betingelser, som stilles over for de angstdiagnosticerede. I den sammenhæng betragtes, hvordan diagnosen og behandlingen fører til restriktive handlemåder og positionelle begrænsninger, hvilke hindrer muligheden for at nå til en bredere begribelse/almengørelse af angstudviklingens sociale betingethed konkret forstået som omverdensrelaterede problematikker vedrørende arbejdspress, studiestress, familiemæssige dødsfald, social isolation osv.

2.2 Analysestrategiske valg for 2. problemstillingsfase: Det samfundsmæssige mulighedsrum

2.2.1 Den manglende afklaring af relationen mellem subjektivitet og samfundsmæssighed

Begrundelsesanalysen skaber som udgangspunkt klarhed omkring, hvordan de angstdiagnosticeredes begrundelser og betydningstillæggelser indgår i dialektik med kontekstuel betingede omverdensforhold. Via den kritiske psykologi opererer vi her med en epistemologi, der gør, at vi får et indblik i begrundelserne for og betydningen af SSRI-behandlingen gennem betragtningen af de angstdiagnosticeredes perspektiver på deres omverden. Epistemologien knytter an til, at kontekstuelle betingelsers indflydelse på subjektive handlegrunde kun kan erkendes gennem *subjektiviteten*. Dermed ikke sagt, at samfundsmæssige betingelser ikke i sig selv udgør en

mere eller mindre 'objektiv realitet' for de angstdiagnosticerede og ikke skaber et på forhånd givet mulighedsrum for den enkelte – det gør de. De reelle samfundsmæssige mulighedsbetingelser viser sig bl.a. som praksisindlejrede aspekter i behandlerkonsultationen, der for den angstdiagnosticerede udskiller sig i på forhånd givne afgrænsede handlemuligheder. Som oplagt eksempel kan vi pege på, hvordan SSRI-behandlingen i mange tilfælde udgør den eneste reelle behandlingsmulighed, hvis man som angstdiagnosticeret ønsker hjælp fra det offentlige behandlingssystem.

Begrundelsesanalysen viser, hvordan informanterne griber disse betingelser an på et "nærkontekstuel plan". Den kritiske psykologi er imidlertid i mangel på visse abstraktionsmæssige og uddybende metodiske redegørelser for sammenhængen mellem subjektivitet og samfundsmæssighed. Dette bevirker i vores konkrete tilfælde en analytisk mangel på at forstå det menneskelige subjekts bredere samfundsformidlede forudsætninger for at tilegne sig/gøre brug af bestemte tankemønstre, forholdemåder og handlemåder. F.eks. set i forhold til hvilken forbindelse, der er mellem den tidsbundne samfundsmæssighed og det, at man på almen vis – både som behandler og angstklient – finder det nærliggende/meningsgivende at tilegne sig en bestemt vidensforståelse af angstudviklingen (eksempelvis den biologiske angstforståelse frem for en eksistentiel/freudiansk), at man vælger en handlemåde frem for en anden (eks. at gøre brug af i SSRI-behandling frem for psykologhjælp) osv.

Ser vi på den kritiske psykologi, medtager den pga. sit dialektiske udgangspunkt en betydning af, hvordan samfundsmæssigheden stiller begrænsede objektive betingelser til rådighed for det menneskelige subjekts *mulighedsrum*. De umiddelbare situerede sammenhænge, som man er en del af eller indtræder i, er således under indflydelse af dette forhold:

"De beror på et samfundsmæssigt formidlet rum af forhåndenværende muligheder. Den umiddelbare situation står i særlige objektive forbindelser med den overgribende, samfundsmæssige struktur af handlemuligheder, med hvilke den konkrete samfundsformation produceres og reproduceres. Den er en særlig del af denne struktur af muligheder og er med andre ord indlejret i omfattende samfundsmæssige forbindelser." (Dreier 1993:31)

Men fordi Holzkamp aldrig nåede at færdiggøre sit teorifundament står en række uforløste spørgsmål tilbage bl.a. angående:

- Forholdet mellem den overgribende samfundsstrukturens betydning for livsførelsen og subjektets umiddelbare situation,
- Forholdet mellem den mentale og praktiske formidling af personens funktioner i den samfundsmæssige praksisstruktur (Dreier i Holzkamp 1998:5)

Disse punkter kan netop siges at referere til manglen på forklaring af, hvordan samfundsstrukturelle betingelser formidles i den menneskelige subjektivitet med konsekvenser for livsførelsen, den umiddelbare situation og handlemåderne³⁰. Holzkamp kommer i sit arbejde ind på at subjektets relative autonomi afhænger af: "... de historisk opståede almengjorte handlemuligheder og begrænsninger, der er genstandsmæssiggjort i den konkrete betydningsanordning" (Holzkamp 1998:24). Han uddyber dog ikke denne sammenhæng mere konkret men koncentrerer i højere grad sit arbejde om, hvordan det deltagende og udviklende subjekt skabes gennem det at begribe sig selv og begribe sine omgivelser ud fra en fælles etableret forståelsesramme. På denne måde forstås det menneskelige subjekts selvforståelse som et "socialt projekt", der i praksis indebærer tilsidesættelse af u hensigtsmæssige særinteresser samt fortolkningsfri dialog med omgivelserne. Dermed er det også subjektets begribelse af andre subjekters forståelsesrammer, der udfylder det meste af Holzkamps arbejde med begrebet 'selbstverstandigüng'³¹.

Som tidligere påpeget kan det at handle restriktivt ud fra en nærliggende og fortolkende betydningsanordning udgøre en potentiel hindring for det almengørende selvforståelsesprojekt/selvudviklingen. Holzkamp når dog ikke frem til en uddybende afklaring af på hvilken måde, det menneskelige subjekts mentale formidling af sit samfundsmæssige mulighedsrum gør det til en nærliggende mulighed at fortolke sig selv og sine omgivelser ud fra mere generelle bestemmelser/kategorier. Et eksempel kunne typisk være hvilken forbindelse, der er mellem en fleksibel arbejdsmarkedsstruktur og det at tænke: "- Jeg er en inkompetent medarbejder, fordi jeg ikke magter at overholde deadlines, men ansvaret er mit eget, så jeg fortæller ikke mine kollegaer om problemet".

Det fremgår altså, hvordan den kritiske psykologis subjekt-samfunds-dialektik er i mangel på mere specifikke definitioner og redegørelser for, hvordan givne betingelser relateret til samfundsmæssigheden processuelt spiller ind på det formidlede mulighedsrum, som viser sig for det menneskelige subjekt, og som det begriber via særegne betydningsanordninger. I undersøgelsens konkrete tilfælde bevirker det en begrebslig mangel på at indfange forbindelsen mellem en dominerende institutionaliseret vidensforståelse – den biokemiske angstforståelse – og det, at både behandleren, de angstdiagnosticerede og pårørende, trods forskellige ståsteder og særinteresser, legitimerer og almengør SSRI-behandlingen via bestemte (ikke-deterministiske) måder. Den videre hensigt med begrundelsesanalysen og udledningen af konfliktforhold er netop at undersøge, på hvilke måder de angstdiagnosticeredes begrundelser for at indgå i medicinsk behandling kan forklares ud fra det samfundsmæssige mulighedsrum, der på flere niveauer legitimerer SSRI-behandlingen. Denne intention kræver ud fra foretagne redegørelser

³⁰ Hvilket hænger sammen med Holzkamps prioritering af den kritiske psykologi som en frigørende videnskab.

³¹ Oversat af Dreier til "selvforståelse".

teorisupplering. Som det indledningsvist påpeges i kapitel 1, er der samfundsmæssigt sket en markant stigning i antallet af angstdiagnosekategorier, i stillede diagnoser samt i anvendelsen af SSRI-behandling. Det er en udvikling, som peger i retning af en bredere samfundsmæssig 'psykiatisering' dvs. hvor psykiatrien i øget omfang vinder samfundsmæssigt indpas i forhold til at definere psykiske lidelser og håndteringsmetoder. Det er samtidig et forhold, som i denne undersøgelse står forskningsmæssigt centralt set i henhold til subjektperspektivet: Hvordan kan vi i øget omfang forstå undersøgelsesgruppens samfundsbetingede grunde til at handle på den psykiatriske praksis/biokemiske angstforståelses præmisser?

Morten Nissen har med henblik på betydningen af de objektive betingelser bl.a. kritiseret Dreier og Højholt for at være for "liberale" i deres subjektoplevelse, når de med udgangspunkt i Holzkamp har anvendt den kritiske psykologi på praktiske problemstillinger (Nissen i 'Psyke & Logos' 2002). Nissen udfylder dette teoretiske "hul" gennem brug af Foucault og henviser i den sammenhæng til den kritiske psykologis oprindelige ideologikritiske indfaldsvinkel. I lighed med Nissen lader vi os inspirere af en Foucault-inspireret analysetilgang som supplement til det kritisk psykologiske perspektiv. Fordi vi i forbindelse med anden problemstillingsfase ønsker at klarlægge forbindelsen mellem bredere samfundsinstitutionaliserede forhold, der *aktuelt* legitimerer den biokemiske angstforståelse i behandleregi tages et *governmentality*-perspektiv i anvendelse. Governmentality-perspektivet udgør en sociologisk og mere "kontekstsensitiv opdatering" af Foucaults genealogi-filosofiske studier af samfundsmæssige subjektiveringsprocesser³². Governmentality-analytikerne beskæftiger sig primært med nutidige problematikker tilknyttet den moderne velfærdsstat, hvilket for os udgør et relevant udgangspunkt. Hertil kommer, at en af repræsentanterne for governmentality-tilgangen, Nikolas Rose, specifikt beskæftiger sig med det nutidige videnskabelige fokus på genetik og somatisk sygdom, biologisering af psyken og medicinbrug, herunder brugen af SSRI-præparater.

I henhold til en sådan problematisering ville det ideelle være at foretage en genealogisk institutionsanalyse af, hvorledes det psykiatriske vidensparadigme (herunder den biokemiske angstforståelse) og procedurer (f.eks. diagnosticeringsformer og medicinsk behandling) vinder ind og harmonerer med ændringer i velfærdsstatens politiske styringsrationaliteter (f.eks. fokus på den selvforvaltende borger m.m.) og målsætninger (f.eks. givet ved øget markedsliggørelse).

Vi tager ikke udgangspunkt i en genealogisk analysestrategi og foretager derfor heller ikke en governmentality-analyse i traditionel forstand. Dette analysestrategiske valg betinger sig til, at anden problemstillings betingelsesdimension sætter fokus på de i praksisindlejrede betingelsers betydning for de subjektive *begrundelser* og *handlemåder*. Selvom vi derfor inddrager sekundær

³² Forord af Villadsen i Dean, 2006:9

empiri for at underbygge og karakterisere de praksisindlejrede betingelser og på den led overskrider det italesatte i de subjektive perspektiver, er vores fokus at betragte samspillet mellem de *begrundelsesmæssige* og *betingelsesmæssige* aspekter og ikke at afdække betingelsernes magtvidenshistorie. Fokus er derfor ikke at fremanalysere, hvorledes de gældende sandheder er blevet historisk frembragt med henblik på at afsløre deres tidslighed og midlertidighed, men at analysere betydningen af de i praksis gældende "sandheders" konkrete *virkningshistorie* – i de handle-sammenhænge, som de angstdiagnosticerede indgår i.

Med governmentality-inspirationen anlægger vi således et institutionsanalytisk perspektiv på behandler- og rådgivningspraksissen med blik for, hvordan den biokemiske angstforståelse indlejrer sig praksisbetingelser, der udskilles i et bestemt samfundsmæssigt *mulighedsrum* for de angstdiagnosticerede. Under inspiration af governmentality-analytikkens fokus på sammenhængen mellem samfundsmæssige *styringsrationaliteter*, *magt-vidensrelationer* og menneskelige *subjektiveringsprocesser* forsøger vi at udrede den formidlingsmæssige relation mellem informanternes begrundelser for valg af SSRI-behandling og det aktuelle samfundsmæssige fokus på den biokemiske angstforklaring og stigende brug af SSRI-behandling.

Ved anvendelse af et governmentality-perspektiv er det analysestrategiske mål således at udfolde den samfundsmæssige betingelsesdimension, som mangler begrebsanalytisk konsistens i den kritiske psykologi. Indledningsvist vil vi introducere governmentality-litteraturen for derefter at fremhæve de fokuspunkter, som vi finder relevante i besvarelsen af anden problemstillingsfase.

2.2.2 Introduktion til de foucaultinspirerede governmentality-studier

Den nyere governmentality-analytik henter i høj grad inspiration hos den franske filosof Michel Foucaults sene arbejde og beskæftiger sig overordnet med studier af styring i neoliberale velfærdsstater. Med afsæt i historisk forankrede analyser af regeringsudøvelse studerer governmentality-analytikken forbindelserne mellem styring, magtudøvelse og marginaliserings- og undertrykkelsesformer. Governmentality-analytikken kan bredt formuleret forstås som studiet af *aktiviteter* – der i kraft af rationaliteter, det vil sige en systematisk måde at tænke på med bestemte mål og midler - er rettet imod at styre, forme, påvirke eller guide personers handlinger (Dean 1999:17ff). En governmentality-analytik analyserer altså tænkning, således som den forbinder sig med og indlejres i tekniske redskaber, praksisser og institutioner, som sigter mod at forme og omforme adfærd (Dean 2006:54). Peter Miller, Nikolas Rose, Pat O'Malley og Mitchell Dean er væsentlige repræsentanter i governmentality-litteraturen og har hver især beskæftiget sig med relationen mellem overordnede politiske programmer og konkrete teknikker rettet mod individer med et bestemt mål for øje.

Med reference til Foucault betegner disse governmentality-analytikere de neoliberale styreformer, der eksisterer i moderne velfærdsstater, som *'the art of government'*. Foucault giver i et af sine sene essays en beskrivelse af, hvad der skal forstås ved denne betegnelse:

“In the contrast to sovereignty, government has as its purpose not the act of the government itself, but the welfare of the population, the improvement of its condition, the increase of its wealth, longevity, health etc.; and the means that the government uses to attain these ends are in themselves all in some sense immanent to the population itself on which government will act either directly through large-scale campaigns, or indirect through techniques that will make possible, without the full awareness of the people, the stimulation of birth rates, the directing of the flow of population into certain region or activities, etc. The population now represent more the end of the government than the power of the sovereignty; the population is the subject of needs, of aspirations, but it is also the object in the hands of the government...” (Foucault 1991:100)

En styring af velfærd og effektivisering udgår m.a.o. ikke fra og besiddes ikke af et suverænt, centralt statsligt regeringsapparat men udøves på mangfoldig vis via en integration af *styrings-teknikker* i befolkningen³³. Etableringen af en sådan styring forudsætter muligheden for, at 'den styrede' i en eller anden grad er i stand til at handle og tænke omskifteligt – det vil sige, at subjektet kan *udøve frihed* (Dean 2006:48). Governmentality-analytikerne beskæftiger sig i den forbindelse med, hvorledes individets udøvelse af frihed styres gennem neoliberale mekanismer. Der er i den forbindelse tale om, at styring og magt virker gennem en 'double bind'-effekt: Ud fra *totalitære* effektivitetsteknikker skabes der gennem neoliberal styring en *individuel* frihed, der løsriver individet fra de statslige interventioner og som i stadig stigende grad ansvarliggør individet (Dean 2006:52 264, 322)³⁴. Totalisering og individualisering eksisterer derfor side om side som forbundne styringskomponenter. Denne totaliserings- og individualiseringseffekt katalyseres gennem objektiverende *selvstyringsteknikker*, hvor den enkelte anvender bestemte former for viden og med brug af denne handler på bestemte aspekter af sin egen adfærd (Dean 2006:52). Et eksempel på selvstyring kunne være diæter, hvor subjektet med henblik på at skabe en bestemt krop, at undgå bestemte sygdomme, trækker på forskellig viden, ekspertise og på den led regulerer sin egen spise- og drikkeadfærd. Magt og viden er i styring tæt forbundne størrelser, der i en diskursiv sammenknytning fortæller, hvad der kan siges og gøres. Her står især begrebet *subjektivering* centralt: I governmentality-analytikken er det et gennemgående tema, at de midlertidige sandheder, der produceres inden for videnskaberne, gør mennesket til genstand for vidensgenerering, samtidig med at vidensopfattelserne rettes mod individet og former det som subjekt. Det antages i den

³³ Styringsteknikker refererer til de forskellige midler, styring udøves med. Styringsteknikkerne har ofte en praktisk karakter. Det kunne indebære forskellige former for kalkulation, metoder til at indsamle, fremvise, opbevare og transportere information, kontrakter (Dean 2006:266, 340)

³⁴ De moderne magtteknikker og politikkers "double bind" kommer dermed til udtryk ved en samtidig *individualisering* i form af individuel "frisættelse" og *totalisering* i form af overgribende styringsmæssige kontrolmekanismer (Heede 2002, s.26)

forbindelse, med reference til Foucault, at 'subjekt' både kan betyde 'individ' og 'menneske'³⁵, men også "underlagt"/"underkastet"/"udsat for". Det moderne menneske pålægges m.a.o. af videnskaberne, en række "sandheder" om, hvem han/hun er, evt. understøttet af en række praktikker og teknikker til at undersøge og afdække disse sandheder (Rose 1998:171).

Med dette udgangspunkt studerer governmentality-analytikerne, hvordan magt udøves i et netværk af relationer, der overskrider de klassiske opdelinger mellem stat/civilsamfund, offentligt/privat. (Villadsen i Dean 2006:12). Magten udkrystalliseres *bio-politikker*³⁶, som opererer i alle samfundssfærer; den personlige, den familiemæssige, den institutionelle osv. (Stormhøj 2006:117).

Til trods for governmentality-tilgangens fokus på styring og magtforhold er der ikke tale om en til determineret menneskelig *subjektivitet*. Snarere konstituerer forskellige videns- og styringsregimer bestemte positionelle handlerum, hvor identifikationsmæssige fortolkninger rettes mod forskellige aktører på et overindividuel plan.

"The forms of identity promoted and presupposed by various practices and programmes should not be confused with a real subject, subjectivity or subject position, i.e. with a subject that is the endpoint or terminal of these practices and constituted through them. Regimes of government do not **determine** forms of subjectivity. They elicit, promote, facilitate, foster, and attribute various capacities, qualities and statuses to particular agents" (Dean 1999:32).

På denne baggrund afstedkommer et dynamisk og frigørende potentiale indenfor rammerne af governmentality-tilgangen. Den generelle hensigt med governmentality-analyserne er netop at synliggøre den træge forbindelse mellem magt, viden og styring for på denne måde at skabe problematiserende refleksion over nødvendigheden i, at man vælger at lade sine handlinger og selvfortolkninger styre i bestemte retninger (Dean, 2006:58).

2.2.3 Governmentality-tilgangen versus den kritisk psykologiske tilgang

Som den indledningsvise gennemgang af governmentality-tilgangen indikerer, adskiller retningen sig fra den kritisk psykologiske tilgang ved sit respektive analysefokus. I den forbindelse er det vigtigt at holde sig for øje, at governmentality-tilgangen hovedsageligt studerer historisk diskursive samfundsmæssige kontinuiteter/diskontinuiteter. Den kritiske psykologi er derimod en socialpsykologi, hvor forskningen koncentrerer sig om sammenhængen mellem samfundsstrukturelle vilkår og den menneskelige psyke og handlemåder. Her står det centralt at undersøge den

³⁵ Det er allerede en af magtens effekter og dermed en del af underkastelsen, at mennesket har en opfattelse af sig selv som havende f.eks. en sjæl, en grundlæggende natur eller et autentisk selv, som vi kan og bør frigøre via forskellige teknikker, der legitimeres med henvisning til sand viden om, hvem vi "virkelig er". På den baggrund er magten ikke noget, der først og fremmest undertrykker subjekterne, men snarere noget, der producerer undertrykkende subjektiviteter (Heede 2002: 97).

³⁶ Biopolitik vedrører den overordnede administration af befolkningens levevilkår og relaterer sig til en styring af befolkningens sundhed, vilkår, arbejdsforhold m.m. (Dean 2006:337)

menneskelige subjektivitet på baggrund af det mikrostrukturelle ”face to face”-møde med givne vilkår. Hvor governmentality-tilgangen har fokus på menneskelige subjektiveringsprocessers overindividuelle og samfundsmæssige konstituering, har den kritiske psykologi fokus på menneskets subjektive begribelse af sine betingelser og dermed særegne forholdemåder til det strukturelt givne. Hvor den ene retning epistemologisk søger mod en generel og strukturel forklaringsramme med udgangspunkt i det *handlingsfaciliterende*, relaterer den anden retnings epistemologi sig til begribelsen af den subjektive skildring med udgangspunkt i selve *handlingen*. Det lader sig altså tydeligt vise, hvordan de to analyseretningers forskelligheder først og fremmest relaterer sig til deres forskellige fagdiscipliner. En vigtig pointe er her, at begge tilgange, trods modsatrettede udgangspunkter, har et friggørende potentiale indlejret i deres teorigrundlag.

Konkret i forhold til undersøgelsen kaster introduktionen til governmentality-perspektivet lys over, hvordan det er muligt at anlægge et problematiserende perspektiv på angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum. Dette, ud fra en betragtning af den biokemiske angstforståelse/det psykiatriske vidensregimes aktuelle magtkonstellationer i samfundet. Herved muliggøres en anskuelse af, hvordan de angstdiagnosticeres tilegnelse af diagnosedefinitionen og valget af medicinsk behandling indgår i et dynamisk forhold med de institutionaliserede håndteringstilgange, der generelt stilles til rådighed for gruppen af angstdiagnosticerede.

Denne inspiration har en række konsekvenser for anden problemstillingsfases analysestrategi, som viderefører betragtningerne fra begrundelsesanalysen. Før vi redegør for dette forhold, præsenteres Nikolas Rose og Mitchell Dean som undersøgelsens primære inspirationskilder i arbejdet med governmentality-perspektivet.

2.2.4 Valg af Nikolas Rose og Mitchell Dean

Nikolas Rose repræsenterer de britiske governmentality-studier, der i høj grad har analytisk fokus på politiske styringsrationaliteters former i den neoliberalistiske statsdannelse. Her fokuseres på, hvordan styringsrationaliteter på et abstrakt plan kan ses som et altomsluttende ’maskineri’, der diskursivt skaber styrede og selvregulerende objekter.

Rose har i meget af sit arbejde beskæftiget sig med relationen mellem udviklingen af den neoliberale velfærdstat, den stigende individualisering og psykologiens og psykiatriens fremherskende rolle. Hans fokus hviler på, hvordan ændringer i statslige styringsformer siden antikken har udmøntet sig i en gennemgribende effektiviserings- og optimeringsrationalitet, hvilket er med til at forklare psykologiens og psykiatriens nutidige samfundsmæssige gennemslagskraft. Der peges i den sammenhæng på en udvikling, hvor ’psy-discipliner’ i høj grad kan siges at regulere og styre det moderne individ ud fra politiske strategier, som retter sig mod en øget

befolkningsmæssig *selvansvarliggørelse*³⁷. Med de velfærdsstatslige strategier om økonomisk vækst, sikret arbejdskraft, befolkningssundhed etc., og den neoliberalistiske moderne individs rettighed til frihed og lighed, forstærkes orienteringen mod det man kan kalde det 'sunde og produktive menneske' (Rose 1998:101ff). Psykiatriens og psykologiens italesættelser af psykisk sygdom, differentierede kategoriseringer af psykiske lidelser og retningslinjer samt forskrifter for forbyggelse og behandling virker hertil som styringsmekanismer, der omsættes i selvregulerende og selvansvarliggørende subjektpositioner. På denne baggrund virker 'psy-disciplinernes' diskursiveringer af veje til helbredelse, menneskelig lykke og selvoptimering som objektliggørende subjektiveringsprocesser, der integreres i den brede del af befolkningen. De instrumentale procedurer og strategier, der bidrager til subjektiveringsprocesserne, viser sig ikke kun inden for den lokalt afgrænsede, terapeutiske praksis men omslutter ligeledes individets brug af selvhjælpsbøger, selvudviklingskurser, medieshows m.m. (Rose 1998:150). Ifølge Rose indebærer subjektiveringsprocesserne, at den enkelte forstår sin individuelle frihed under praktisering af og i kraft af de selvstyrende teknikker, psy-disciplinerne stiller til rådighed (Rose 1998:29, Rose 2004:28).

Med inspiration hentet fra Roses betragtning af forbindelsen mellem nutidens neoliberale styringsformer og psy-disciplinernes aktualitet for det moderne individ lader vi os primært inspirere af hans *selvansvarliggørelsestese*. Som det fremgår senere af analysestrategien forsøger vi med etableringen af begrebet 'almene rationalitetslogikker' at skabe et mere dynamisk perspektiv på forholdet mellem det situerede subjektstandpunkt og den generelle tilegnelse af bestemte vidensforklaringer.

Mitchell Deans arbejde trækker nogle metodologiske linjer for, hvordan man på nuanceret, kritisk vis kan anvende et governmentality-perspektiv på institutionelle sammenhænge – også i et udviklings- og forandringsøjemed. Mens den britiske retning, som bl.a. Rose er eksponent for, på mange måder kritiseres for at anlægge et universelt og abstrakt analytisk perspektiv på neoliberale styreformere, søger den australske udgave, hvor Dean er den mest markante repræsentant, mod en mere dynamisk og kontekstsensitiv forskningstilgang (Villadsen 2002:81ff). Eksempelvis fokuseres i højere grad på, hvordan institutionaliserede magt-viden-relationer kontekstuel møder modmagt, der relativiserer talen om ét styringsrationale, som "gnidningsfrit" lader sig konstituere i alle samfundsinstitutioner, praksisfelter og bevidstheder. Snarere er der tale om flere styrings-rationaliteters indbyrdes kamp for legitimering (Dean 2006:97).

³⁷ Den politiske rationalitet i styringsformerne skal ses som historisk betingede og knytter i høj grad an til Foucaults genealogiske arbejde som primær analytisk inspirationskilde (Rose 1998:13ff). Roses brug af Foucaults genealogi til at foretage en historisk tilbageskuende samtidsdiagnosticering af 'psy-disciplinerne', afspejler, hvorledes forskellige historisk opståede statsformer behersker forskellige tilgange til 'afvigelse' kontra 'normalitet'. Med velfærdstatens udvikling sker der en forskydning fra centraliseret magtanvendelse til selvdisciplinering og -normalisering.

En governmentality-analyse koncentrerer sig ifølge Dean om at identificere institutionel træghed kontra forandringsdynamikker ud fra problematiserende og historierelativerende betragtninger af de magt-vidensrelationer, der omslutter et specifikt genstandsfelt. I vores tilfælde er den overordnede problematisering rettet mod den udbredte anvendelse af medicinsk behandling, der udledes og legitimeres af psykiatriens biokemiske forståelse af angst. Når vi problematiserer den medicinske behandlingsform i kraft af et governmentality-perspektiv, må de aktuelle videnskabelige dominansforhold, der så at sige legitimerer og berettiger behandling ligeledes problematiseres.

Dean fremstiller nogle metodologiske retningslinier og analysepunkter for, hvorledes en governmentality-analyse kan gribes an³⁸. I klarlægningen af de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum har vi fundet det hensigtsmæssigt at lade os inspirere af analysepunkterne. Disse tager afsæt i undersøgelse af:

- 1) *Styringens synlighedsfelter* vedrørende bestemte måder at iagttage, se og erkende på. Dette indebærer et blik på et styringsregimes synlighed, herunder de visuelle og rumlige elementer, hvorved styringspraksissen kan identificeres (f.eks. diagrammer, arkitektur m.m.)
- 2) *Styringen som en rationel og gennemtænkt aktivitet* vedrørende bestemte måder at tænke strategier på. Her hviler fokus på de former for tænkning, viden eller rationalitet, der udfoldes i styringspraksissen, og hvordan dette afføder en privilegering af specifikke sandheder (f.eks. en bestemt videnskabsopfattelse)
- 3) *Styringens tekniske aspekter* vedrørende bestemte måder at styre og handle på. Dette analysepunkt baserer sig på klarlægningen af specifikke styringsteknikker (f.eks. diagnosetests, hjernescanninger m.m.)
- 4) *Styringens skabelse af identiteter*, vedrørende intentionen bag skabelsen af bestemte subjektpositioner og identiteter – f.eks. 'syg'/'rask', 'normal'/'unormal'

Af disse analysepunkter hos Dean har vi fundet det særligt relevant at lade os inspirere af forståelsen af styring som en *rationel aktivitet* samt styringens *tekniske aspekter*, da disse analyseaspekter bidrager til en klarlægning de praksisindlejrede styringsmekanismer, som faciliterer den biokemiske angstforståelse og SSRI-behandlingen. På denne måde lader det sig gøre at anskue, hvordan de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum består af institutionaliserede betingelser, der sætter igennem som 'objektive' handlemuligheder i den behandlingsmæssige og rådgivningsmæssige praksis. De andre fokuspunkter, angående styringens synlighed og identifikationsprocesser, vil på et mere overordnet og implicit plan blive behandlet løbende i analysen.

³⁸ Dean har hentet inspiration fra Gilles Deleuze i arbejdet med de fire analysepunkter (Dean 2006:61ff)..

2.2.5 Analysestrategi for anden problemstillingsfase – institutions- og betingelsesanalysen

Som sagt kan et governmentality-perspektiv i første ombæring give os redskaber til at analysere det umiddelbare samfundsinstitutionaliserede mulighedsrum af 'objektiv' karakter, der sætter igennem i behandler- og rådgivningspraksissen³⁹. Dette gøres ved at anlægge et institutionsanalytisk fokus på de handlesammenhænge, som de angstdiagnosticerede indtræder i; den almene lægepraksis, den psykiatriske praksis og Angstforeningen. På denne måde analyserer vi os frem til hvilken relation, der er mellem bredere *samfundsmæssige styringsrationaliteter* og de *'sandhedsproducerende praksisteknikker'*⁴⁰, der i praksis gøres brug af i behandler- og rådgivningspraksissen. Endvidere opnår vi en indsigt i, hvilke perspektiver og interesser, der er indlejret i de forskellige handlesammenhænge – på hvilken måde de forskellige behandlingspraksissers og rådgivningspraksissens positioner differentierer, samt hvilken status den biokemiske angstforklaring overordnet indtager. For at kunne indfange disse perspektiver, inddrager vi som tidligere nævnt sekundær empiri i denne del af analysen. Brugen af den sekundære empiri *overskrider* dermed de subjektive fortællerperspektiver som empirisk genstandsfelt. Denne overskridelse medfører, at vi i højere grad kan klarlægge de overindividuelle og institutionaliserede betingelsesdimensioner, hvis betydning for den angstdiagnosticerede skildres i begrundelsesanalysen.

Den sekundære empiri er udgjort af undersøgelser, artikler og dokumenter. Der refereres dels til en empirisk undersøgelse fra år 2005, udarbejdet af Kristin Henriksen & Ebba Holme Hansen, vedrørende alment praktiserende lægers følelser og praksismæssige omstændigheder i forbindelse med medicinsk ordination. Derudover inddrages et resumerende udkast af Dansk Psykiatrisk Selskabs årsrapport fra år 2004 med titlen "Psykiatriens kerneopgaver & udfordringer 2004-2010". Her fremlægges psykiatriens status, vidensforståelse, målsætninger og fremtidsstrategier med udgangspunkt i det stigende antal af psykiske lidende. Ydermere gøres brug af artikler og debatindlæg fra tidsskriftet "Ugeskrift for Læger" samt konferencerapporten "Medicin til raske – en syg idé" udgivet af Teknologirådet i år 2004⁴¹. I forbindelse med empirisk afdækning af Angstforeningen som handlesammenhæng, har vi benyttet foreningens vedtægter, informationsmateriale og oplysninger på hjemmesiden www.angstforeningen.dk.

³⁹ Se afsnit 2.3.6, hvor vi redegør for, hvordan vi anvender begrebssammenhængen 'almene rationalitetslogikker' som analysestrategisk begreb til afdækning af det samfundsmæssige mulighedsrums latente/intersubjektive betingelsesaspekt

⁴⁰ Mitchell Dean refererer til dette som "the technical aspect of government" eller "technologies of government". Vi ønsker at betragte, hvorledes disse teknikker er udslagsgivende for, at bestemte 'sandheder' er mere privilegerede end andre giver sig udslag i praksis og benævner derfor dette 'sandhedsproducerende praksisteknikker'.

⁴¹ Teknologirådet er en uafhængig institution oprettet af Folketinget. Bestyrelsen består af både politikere og fagpersoner. Målet med Teknologirådet er at udbrede kendskabet til teknologi, dens muligheder og konsekvenser for mennesker, samfund og miljø. Det virker som rådgivende organ for Folketinget og regeringen i teknologiske spørgsmål (www.tekno.dk)

Styringsrationaliteter

Styringsrationaliteterne skal hos Dean forstås som et bredt spektrum af tænkning og viden, der i en moderne velfærdsstat bringes i anvendelse i praksisser, som afstedkommer bestemte former for sandhed, og som i et praksisregime antager en bestemt instrumentel og materiel karakter (Dean 2006:73). I henhold til vores empiriske genstandsfelt, ønsker vi første omgang at afgrænse os til specifikke styringsrationaliteter, som i en eller anden udstrækning sætter nogle begrænsende handlemuligheder for lægepraksissen, psykiaterkonsultationen og Angstforeningen. Gennem betingelsesanalysen lokaliserer vi, hvorledes disse handlesammenhænge er under indflydelse af *teknologifkserede* styringsrationaliteter (som positivistisk fundament for medicinsk produktudvikling, neurologisk forskning) og *samfundsøkonomiske* styringsrationaliteter (f.eks. medicinalindustriens større markedsandele, sponsoreringer af patientforeninger og websider, SSRI-behandlingen som økonomisk rentabel behandlingsform). Der er derfor tale om styringsrationaliteter, som er med til at definere et reelt samfundsformidlet mulighedsrum, der består af bestemte praksisindlejrede betingelser, som de involverede parter er underlagt og forholder sig til.

'Sandhedsproducerende praksisteknikker'

Governmentality-analytikken undersøger styringspraksisser med udgangspunkt i deres komplekse og forskelligartede relationer til de måder, hvorpå "sandhed" produceres i sociale, kulturelle og politiske praksisser. 'Sandhedsproducerende praksisteknikker' er en begrebssammenhæng, der retter sig mod, hvordan en specifik vidensforståelse sætter sig igennem via *konkrete* teknikker og på den led privilegerer en bestemt sandhed. Vores analyse retter sig i den sammenhæng mod en tydeliggørelse af, hvordan de angstdiagnosticeredes tværgående begrundelser for medicinsk behandling refererer til konkrete praksisbetingelser, der cementerer den biologiske angstforklaring som "sandhedsregime". Ved hjælp af de angstdiagnosticeredes situationsbeskrivelser af praksis-sammenhænge iagttages på hvilke måder, den professionelle brug af angsttests, rådgivende mediekilders oplysningsindhold, brugerforeningers informationskilder, procedurer i behandlingstilbud osv. udgør 'sandhedsproducerende praksisteknikker', hvor den biologiske angstforklaring vægtes. Konkret i forhold til subjektperspektivet forholder vi os til, hvordan sådanne praksisaspekter - som er med til at definere de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum - erstatter angstrelaterede dilemmaer og konfliktforhold med "en biologisk forklaring". I den forbindelse bestræber vi os analytisk på at få et billede af, hvordan forholdene optræder som processuelle betingelsesforhold, der er med til at begrunde tilegnelsen af den biologiske angstforståelse og dermed valget om den medicinske behandling.

Et vigtigt analytisk forbindelsespunkt er brugen af den begrebssammenhæng, vi benævner 'almene rationalitetslogikker'. Hvor de sandhedsproducerende praksisteknikker rummer en bestemmelse af det reelle mulighedsrum, som gør SSRI-behandlingen til en fakticitet, refererer 'almene

rationalitetslogikker' til, hvorledes latente handlingsorienterede logikker begrundet SSRI-behandlingens intersubjektive gyldighed på et interpersonelt plan. Som det vil fremgå af følgende, er det ligeledes i forbindelse med anvendelsen af 'almene rationalitetslogikker', at Roses betragtninger af psy-disciplinernes dominans samt betydningen af selvstyring, vil blive inddraget.

2.2.6 'Almene rationalitetslogikker' som analysestrategisk begreb

Som før nævnt antages det af governmentality-analytikerne, særligt når det kommer til Rose, at der er en mere eller mindre given processuel forbindelse mellem samfundsmæssige, neoliberale styringrationaliteter og den måde, det menneskelige subjekt lader sig forme og fortolke på. Dette sker gennem de tidligere påpegede subjektiveringsprocesser, hvor subjektet gøres til objekt for sig selv gennem selvstyring og styringsteknikker (f.eks. diagnostests i forhold til skelnen mellem syg/rask) (Rose 1998:172). I lighed med governmentality-analytikerne generelt, har Rose ikke erkendelsesmæssigt fokus på det særegne subjektperspektiv og anlægger dermed generelle antagelser om subjektets styringsovertagelse/selvstyring. Dette skal ses i relation til Roses analytiske optik, der sigter mod at udrede, hvordan styringsmekanismer på et overordnet plan udskiller sig i subjektiverende selvstyring.

Med vores subjektvidenskabelige og begrundelsesanalytiske afsæt mener vi, at denne "styringsovertagelse" bør defineres i retning mod en mere nuanceret, dialektisk forståelse af forholdet mellem subjektets handle- og forholdemåder og objektiverende videnstilegnelse. Governmentality-analytikken savner opmærksomhed på, hvordan den komplekse sammenhæng mellem subjektets særegne standpunkt, situation, handlesammenhænge og livsførelsesproblematikker begrundet, hvorfor det forekommer subjektivt funktionelt eksempelvis at lade en bestemt vidensforståelse integrere i sit perspektiv. Ligeledes, hvordan reflektiv overvejelse af sine handlemuligheder, herunder med opkomsten af dilemmaer og konflikter ikke nødvendigvis fører til konsekvent "styringsovertagelse", men ligeledes kan bestå af dynamiske handlingsmæssige modspil til "styringen" i praksis.

På denne baggrund redegøres i det følgende for, hvordan vi gennem etableringen af begrebssammenhængen 'almene rationalitetslogikker' forsøger at etablere en relationel og dynamisk ramme i forbindelse med det at lade sine handlinger og forholdemåder restriktivt "styre/guide" af de mulighedsbetingelser, der umiddelbart stilles til rådighed indenfor rammerne af det samfundsmæssige mulighedsrum⁴². Med begrebssammenhængen forsøger vi at udfolde det tidligere nævnte begrebsmæssige "hul", der gør sig gældende for den kritiske psykologi. Det relaterer sig konkret til spørgsmålet om, hvad der på et mere subjektoverskridende plan gør det

⁴² Med "dynamisk" mener vi, at styringen til alle tider kan brydes. Her skal det påpeges, at i og med vi vælger en informantgruppe, der er i SSRI-behandling og dermed er en gruppe, der agerer under særligt sårbare vilkår, kan det diskuteres, hvorvidt styringen, når det gælder denne gruppe, har større 'gennemslagskraft'.

nærliggende at fortolke sig selv og sine omgivelser ud fra overgribende 'kategoriseringer', at handle ud fra bestemte videnskabelige forskrifter osv. Det giver i henhold til det begrundelses- og betingelsesanalytiske perspektiv mulighed for at forbinde, hvordan den angstdiagnosticeredes begrundelser for SSRI-behandlingen må ses i henhold til tværgående intersubjektive logikker, der såvel fra behandler- og rådgivningsperspektivet som for den angstdiagnosticerede legitimerer behandlingen. Disse kommer indirekte til udtryk i begrundelsesanalysen gennem de angstdiagnosticeredes forløbsbeskrivelser, hvor dialektikken mellem egne og andre parters forholdemåder og handlemåder klarlægges (f.eks. behandleren /rådgiveren). De 'almene rationalitetslogikker' og deres betydningsrelation til de angstdiagnosticerede begrundelser for SSRI-behandling klarlægges først endeligt i betingelsesanalysen. Dette skyldes, at de først her verificeres, nuanceres og tydeliggøres via den sekundære empiri, der inddrages i forbindelse med det institutions- og betingelsesanalytiske perspektiv på de tre handlesammenhænge; lægepraksissen, psykiaterkonsultationen og Angstforeningen.

Almene rationalitetslogikker – en specificeret begrebsdefinition

Som Holzkamp fremhæver, er den menneskelige autonomi til alle tider *relativ* og dermed kontekstafhængig. Hvordan det samfundsmæssige mulighedsrum mere specifikt begrænser mig til at vælge en handlemåde frem for en anden, afhænger af den måde, jeg begriber mine handlepræmisser på i forhold de foreliggende betydningsanordningers *almene* aspekter. Derudover afhænger det af, hvilke interesser, jeg har. De handlepræmisser, jeg udleder som meningsgivende, kan reelt føre til *mulighedsbegrænsende* handlinger, selvom jeg i situationen handler ud fra interessen om at udvide min rådighed over livsførelsen. Dvs. den meningsgivende og subjektive funktionelle handlemåde kan begrænse mine reelle handlemuligheder på ikke-tilsigtede måder jf. relationen mellem restriktiv handleevne og subjektiv funktionalitet. Betydningsanordningerne er indbegrebet af det samfundsformidlede mulighedsrum, som jeg forholder mig til i situationen. Som objektivt givne og historisk dannede handlemuligheder afgrænser de mit reelle samfundsmæssige mulighedsrum, men det er dog samtidig muligt for mig at undlade at handle ud fra de almene aspekter ved betydningsanordningerne (Holzkamp 1998: 24ff.). Af samme årsag vil de aldrig determinere mine handlemåder og -muligheder fuldstændigt. Jeg kan endvidere søge mod en ny begribelse af betydningsanordningerne og de almene aspekter, således at mine mulighedsbetingelser udvides (Dreier 1993:113f.).

Dreier beskriver konkret i forhold til behandlerpraksissen, hvordan genstandsmæssiggjorte betydningsanordninger sætter sig igennem hos praktikerens. Her nævnes bl.a., hvordan bestemte tanker og sprogformer retter sig mod terapeuten som præmisser – f.eks. i form af terapikoncepters angivelser af terapeuten's funktion.

”De angiver, hvad de er ”tænkt til”, dvs. hvad man” må tænke på” for at kunne handle i forhold til dem” (Dreier 1993:209)

Betydningsanordningers almene aspekter/handlemuligheder kommer altså til udtryk i form af samfundsformidlede objektive tankeformer, som jeg forholder mig til og handler på baggrund af. Dreier beskriver tankeformerne som ”tilbudte” forstået på den måde, at man altid kan lade være med at tage dem på sig/fortolke sig selv i kraft af dem jf. den dobbelte handlemulighed.

I lighed med Holzkamp og Dreier, antager vi, at de almene aspekter/handlemuligheder ved de samfundsformidlede betydningsanordninger *typisk* begribes som præmisser, det menneskelige subjekt vælger at følge i tilfælde af, at de forekommer subjektivt funktionelle. Men under inspiration af governmentality-perspektivet, tillægger vi samtidig den subjektive funktionalitet en relationel dimension af overindividuel karakter, hvorfor en magtdimension inkorporeres. I den forbindelse forudsætter vi, at de handlepræmisser og handlemåder, der forekommer subjektivt funktionelle samtidig er ”styret/guidet” af almene logikker, der refererer til en intersubjektiv ”gyldig” rationalitet/er på tværs af standpunkter og handlesammenhænge. Det vil sige, at i situationen, hvor jeg stilles overfor bestemte samfundsformidlede betydningsanordninger, som definerer min objektive position (f.eks. som ’angstdiagnosticeret’) og umiddelbare almengjorte handlemuligheder (f.eks. SSRI-behandlingen), så vælger jeg mig mere eller mindre velovervejende at handle ud fra den ”tilbudte” handlemulighed, såfremt den forekommer mig meningsgivende i lyset af almene rationalitetslogikker. Som et empirisk udledt eksempel kan vi fremhæve, hvordan ”effektorientering”, rettet mod en effektiv og normaliserende helbredelse, udgør en mere eller mindre almen rationalitetslogik, der for den angstdiagnosticerede medvirker til en legitimering af SSRI-behandlingen. Og at denne handlingens legitimitet har en begrundelsesstruktur, der med udgangspunkt i behandlerens, pårørendes og arbejdsgiverens forholdemåder, understreger magtudøvelsen i forbindelsen mellem logikken og legitimeringen af SSRI - behandlingen trods forskellige parterers ståsteder og særskilte interesser.

’Almengjorte rationalitetslogikker’ definerer vi således som det samfundsmæssige mulighedsrumms latente/abstrakte betingelsesaspekter, hvilke begrunder den medicinske behandlings *interpersonelle* ”gyldighed”. Mens ’almengjorte rationalitetslogikker’ henviser til intersubjektive og interpersonelle betingelsesforhold, der begrunder den medicinske behandling *subjektiv funktionelt*, henviser ’sandhedsproducerede praksisteknikker’ til, hvordan konkrete praksisforhold begrunder valget om medicinsk behandling rent *faktuelt*. Det skal her understreges, at de to betingelsesforhold i praksis skal anses som gensidigt forudsættende – rationalitetslogikker almengør sandhedsproduktionen og teknikkerne almengør sandhederne.

Med inspiration fra governmentality-analytikken begriber vi altså den kritiske psykologiske betingelsesdimension ud fra en mere specifik forståelse af forholdet mellem det betingende og det at handle restriktivt – på betingelsernes præmisser. Overordnet antager vi, at når mennesket bevæger deltager i lokale praksissammenhænge, vil de almene rationalitetslogikker vise sig i relation til de handlemåder, der subjektivt forekommer mest ”gyldige” at orientere sig ud fra. De forholdemåder og handlemåder, der subjektivt formidles som gyldige, vil som oftest genspejle en legitim og anerkendt status i den mellem menneskelige interaktion på tværs af lokalkontekster. Dvs. at den handlemåde, der forekommer mig mest nærliggende, også vil være den, som umiddelbart forekommer mig mest mulighedsudvidende ud fra dens ”gyldighedskarakter” (også selv om den ikke udvider mit reelle mulighedsrum jf. Holzkamp). Dette bevirker, at jeg typisk forholder mig restriktivt - og ikke overskridende - til den almengjorte dagsorden. Det skal her påpeges, at, i kraft af menneskets dobbelte handlemulighed, taler vi ikke på ingen måde om en determinerende fiksering af relationen mellem almengjorte rationalitetsformer og individuel handlingsorientering. Snarere er der tale om en forekommende relation mellem den *almene* rationalitetslogik og den *nærliggende* handlemåde.

Disse redegørelser medvirker til en yderligere afdækning af, hvordan vi lader os inspirere af governmentality-analytikerne i undersøgelsens anden problemstillingsfase. Rose’s teoretiske betragtninger af forholdet mellem moderne rationalitetsformer, psy-discipliner og selvstyrings-teknikker inddrages i betingelsesanalysen i det omfang, at begrundelsesanalysen synes at skildre et sådant relationsaspekt. Dvs. i det omfang, at de angstdiagnosticeredes fortællinger om livet som SSRI-bruger afspejler en begrundelsesanalytisk betydningsrelation mellem det at leve op til bestemte krav og selvfortolkede positioneringer, f.eks. idealet som den ”gode studerende”, og det at påbegynde medicinsk behandling. M.a.o. undersøges; hvordan den medicinske behandlings subjektive funktion relaterer sig til *selvstyringsaspekter*, der begrundes ud fra intersubjektive omstændigheder/samfundsmæssigt forankrede handlepræmisser.

2.3 Perspektiveringsstrategi for tredje problemstillingsfase: Forandringsoptikken

2.3.1. Opridsning af det samfundsmæssige mulighedsrum i en forandringsoptik

Den perspektiverende afrunding på analysen trækker på de konfliktforhold, som vi når indsigt i via de angstdiagnosticeredes fortællinger om og forholdemåder til den medicinske behandlingsform samt hvilke konsekvenser, SSRI-behandlingen har for deres ”her- og nu” livssituation. Et sådant konfliktforhold kan f.eks. være, at angstudviklingen på flere områder relaterer sig til sociale problematikker, som ikke bearbejdes under behandlingsforløbet. Konfliktforholdene er samtidig blevet ”samfundsmæssiggjort” i undersøgelsens anden problemstillingsfase. Med udgangspunkt i perspektivernes tværgående formidling af rationalitetsbundne og tekniske sammenhænge, som er styrende for valget af medicinsk behandling, er de angstdiagnosticerede samfundsmæssige

mulighedsrum blevet problematiseret. I den afsluttende perspektivering overfører vi problematiseringen i en konkret *velfærdsstatslig* problemkonfronterende ud fra analyseresultaternes afspejlinger af begrænsninger i de angstdiagnosticeredes valg- og orienteringsmuligheder. Hovedsageligt med udgangspunkt i hvordan medicinen ofte fremstår som *primære* behandlingstilbud på baggrund af en diagnose, der *udelukkende* gør angstopkomsten til et biologisk betinget problem. Kritikken overskrider her de angstdiagnosticeredes umiddelbare forholdemåder til den medicinske behandling og orienterer sig mod de overordnede passiverings- og udskilningsmæssige konsekvenser, der følger af at binde angstens betingethed op på en ensidig biokemisk forklaring⁴³. Vi diskuterer endvidere de måder, hvorpå begrundelsesanalysen belyser, at problemet ikke blot er afgrænset til psykiaterens eller lægens håndtering af den angstdiagnosticerede, men at legitimeringen af den medicinske behandling har forbindelser til et komplekst samfunds-institutionaliseret mulighedsrum.

Det er med til at præcisere den fejlslutning, det ville være udelukkende at binde problemet op på den professionelle praksis' ensidighed. Psykiatriens biologiske angstforklaring genspejles og cementeres derimod tværkontekstuel. Undersøgelsen viser derfor også, hvordan forandringsperspektiver kun er realiserbare, såfremt problemet anskues som et samfundsmæssigt, velfærdsstatsligt problem. Samtidig indikerer vores governmentality-inspirerede analysetilgang den institutionaliserede og rationalitetsstyrede træghed, der er forbundet med at tænke i forandringsmuligheder. Vi forsøger alligevel at opstille en række bud på, hvordan man på politisk niveau - rent regulatorisk - kan ændre nogle betingelser. Derudover antydes en række forslag til hvordan aktører, der har indflydelse på angstdiagnosticerede valg af medicinsk behandling, kan nuancere håndteringen af angstdiagnosticerede og fremstillingen af angstens betingethed. Dette gælder de professionelle praktikere, socialarbejderne, diverse rådgivningsinstanser osv. Sidst men ikke mindst udgør undersøgelsen en implicit oplysningskilde til de angstdiagnosticerede selv og deres pårørende.

Perspektiveringens teoretiske konsistens

Undersøgelsens problemkonfrontation og de perspektiverende forslag til konkrete forandringsmuligheder er på et grundlæggende plan inspireret af de analytiske inspirationskilder. udgangspunkt. Som tidligere fremhævet, indgår et udtalt forandringspotentiale i den kritiske psykologis ontologi jf. den dobbelte handlemulighed. Subjektets mulighed for at ændre sine handlepræmisser og opnå større rådighed over sine mulighedsbetingelser evt. gennem praksis-overskridelse forudsætter evnen til at handle almengørende og betingelsesoverskridende. Dette

⁴³ Det skal understreges, at den rejste kritik overordnet repræsenterer konflikter i informantperspektivet med en samtidig hensigt om tage højde for de områder, hvor medicinen på et helt basalt plan har en rehabiliterende indvirkning på de angstdiagnosticeredes angstsymptomer. Problematiseringen kredser hovedsageligt om det bredere begrundelsesperspektivs indikationer af, hvordan angstsymptomerne, tilegnelsen af den biologiske behandling og brugen af medicinsk behandling indgår i en dialektik med positionelle, sociale og samfundsmæssige betingelsesforhold.

forudsætter samtidig, at man i praksis søger mod en intersubjektiv forståelse af sit udgangspunkt/sine konfliktforhold og samtidig bliver mødt på dialogskabende måder af sine omgivelser. Retningen påpeger, hvorledes individets muligheder for at råde over sine betingelser til enhver tid afhænger af det *relationelle* dvs. andre parters forholdemåder. Denne betragtning vidner om, at forandringsprocesser er et *fælles* og *intersubjektivt* anliggende og dermed ikke kan forskydes til en individuel ansvarliggørelse, hvilket har en grundlæggende indflydelse vores diskussion af forandringsmuligheder.

Med inddragelsen af en inspiration fra en governmentality-analytik når vi frem til en konkretisering af de komplekse samfundsmæssige betingelsesforhold, som for de angstdiagnosticerede er medvirkende til, at den biologiske angstforklaring lader sig integrere hos den enkelte og dermed legitimerer medicinsk behandling. Hele governmentality-tankegangen bygger dog samtidig op omkring en kritisk og relativiserende indfaldsvinkel til samfundstilstandes umiddelbart sandhedsbestemte "ontologiske væren" gennem relativering og dekonstruktion af dominerende sandhedsparadigmer og samfundsmæssige rationalitetsformer. Med inspiration fra Foucault er det samtidig governmentality-analytikernes anliggende at pege på, at der til et givent magt-vidensforhold hører en samtidig modmagt, hvilken er med til at "inddæmme" det dominerende magt-vidensforholds faktiske gennemslagskraft. Dette iboende frigørende potentiale er en faktor, der i et bredere perspektiv kan muliggøre en større grad af empowerment til de grupper, der gennem de tilgængelige subjektiveringsprocesser gøres til objekt. Et sigte med governmentality-tilgangen er derfor at notere sig de – muligvis perifere - områder, hvor det lader sig gøre at tænke de eksisterende forhold på en anden måde. Som Dean udtrykker det:

"...to open the space in which to think about how it is possible to do things in a different fashion, to highlight the points at which resistance and contestation bring an urgency to their transformation, and even demonstrates the degree to which that transformation may prove difficult"(Dean 1999: 36)

Ud fra en governmentality-tilgang er det derfor, trods den indlejrede træghed, muligt at tænke i reelle forandrings*potentialer*.

Begge tilgange opererer dermed med et frigørende potentiale, som afstedkommer muligheden for at tænke i konkrete forandringsmuligheder, der udfordrer den eksisterende praksis og den dominerende forståelse af og behandlingsmæssige håndtering af angstdiagnosticerede.

Generaliseringsmuligheder

Da specialet beskæftiger sig med problematikker, der tager fat i grundlæggende perspektiver på SSRI-behandling, er det værd at beskæftige sig med, hvorvidt vi genererer en viden, der generelt kan sige noget disse problematikker, dvs. hvorvidt specialet kan siges at have en ekstern gyldighed

(Bitsch Olsen & Pedersen 1999:191). I en vis udstrækning mener vi, at vores undersøgelsesresultater an generaliseres med reference til det Kvale betegner ”analytisk generalisering”:

Analytisk generalisering indebærer en velovervejede bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne fra en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation” (Kvale, 1996:41).

Informantperspektiverne er af unik og partikulær karakter; og omvendt er det karakteristisk, at de tværgående begrundelsesstrukturers relation til forskellige betingelsesforhold udtrykt i de enkelte handlesammenhænge overskrider de subjektive gengivelser. Informanternes begrundelser og beskrivelser af betydningen af handlesammenhænge er derfor ikke isolerede størrelser, men skaber – med inddragelse af den sekundære empiri – et rimeligt fundament for at antage, at der med stor sandsynlighed eksisterer lignende betingelsesforhold for andre i tilsvarende situationer. De samfundsinstitutionaliserede betingelser, som gruppen af informanter er under indflydelse af, må derfor også med en hvis berettigelse antages for at sætte betingelser for andre angstdiagnosticerede i medicinsk behandling.

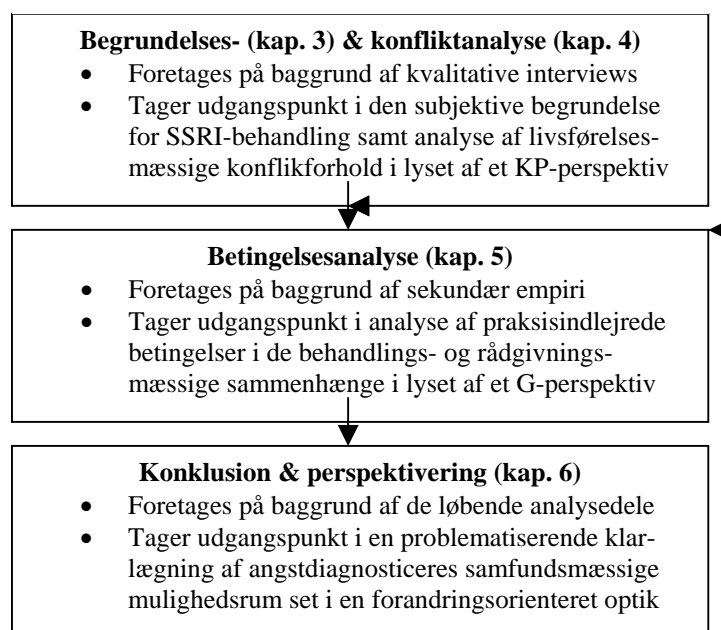
Som det er påpeget tidligere, opererer vi med tre informantgrupper; de virksomhedsansatte, de studerende og de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede. Som tidligere nævnt udgør inddelingen af informantgrupperne, et forsøg på analytisk at tage højde for informanternes differentierede positionelle betingelser. Vi har undervejs i analysen ikke eksplicit analyseret betydningen af forskelle i informanternes klassespecifikke eller sociokulturelle tilhørsforhold, men vi har anvendt de tre informantgrupper til at foretage en overordnet differentiering af de forskellige begrundelses-, konflikt- og betingelsesforhold, der gør sig gældende. Selvom det derfor ikke er vores antagelse, at vi kan generalisere til bestemte befolkningsgrupper og disses karakteristika, mener vi alligevel, at analysen – afhængigt af den enkelte informantgruppe - viser en form for regelmæssighed i de positionelle og sociale betingelsesforhold, der synes at gøre sig gældende for de pågældende informanter.

2.4 Afrunding

I dette kapitel er undersøgelsens analysestrategiske målsætninger blevet gennemgået. Nedenstående figur illustrerer, hvorledes bevarelsen af de tre problemstillingsfaser indfries i de forskellige kapitler. Kort opridset tager de første to analysedele, begrundelses- og konfliktanalysen, udgangspunkt i en analyse af de angstdiagnosticerede informanternes begrundelser for SSRI-behandling set i et nærkontekstuel og situeret perspektiv. I første del lægges et analytisk fokus på, hvordan diagnosen og SSRI-behandlingen fremtræder som subjektiv funktionel taget informanternes livsførelsessammenhænge og behandlingsforløb i betragtning. I anden del udredes

de konfliktforhold, der relaterer sig til informanternes livssituation som 'angstdiagnosticerede i SSRI-behandling'. I denne sammenhæng arbejdes med første problemstillingsfase ud fra et kritisk psykologisk analyseperspektiv. I det analytiske arbejde med anden problemstillingsfase gøres brug af en governmentality-inspireret analysetilgang, hvor de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum analyseres ud fra fokus på praksisindlejrede styringsrationaliteter og sandhedsproducerende praksisteknikker. Her kastes lys over den almene lægelige praksis, psykiatriske praksis samt Angstforeningen som de handlesammenhænge, informanterne refererer til begrundelsesanalytisk. I den forbindelse klarlægges, hvordan 'almene rationalitetslogikker' – både udtrykt via informantperspektivet og perspektiver indlejret i de institutionelle sammenhænge – begrunder den biokemiske angstforklaring og SSRI-behandlingens samfundsmæssige legitimitet på et interpersonelt og overindividuel plan. Sidst og ikke mindst foretages en konkluderende og opsummerende problematisering af angstdiagnosticerede eksisterende samfundsmæssige mulighedsrum set i et velfærdstatsligt perspektiv, hvortil bud på ændringsmuligheder opstilles som afrunding på konklusionen.

Figur 1. Oversigt over analyseopbygning



Præsentation af informanter

Inden påbegyndelsen af grundlæggende analyse introduceres kort de enkelte informanter og deres baggrund:

De virksomhedsansatte

Susanne er 35 år, universitetsuddannet og har i en længere årrække arbejdet i en stor virksomhed på det private arbejdsmarked. Hun arbejder som konsulent, har løbende efteruddannet sig indenfor sit felt og har en chefstilling i den periode, hvor angstudviklingen begynder. Herefter tager hun sygeorlov i ca. fire mdr. og vender tilbage i en midlertidig ansættelse med en afskedigelse i vente. Susanne diagnosticeres har fået stillet diagnoserne 'panikangst' og 'socialfobi' og får efterfølgende SSRI (Cipramil) i varierende doser på mellem 10 og 20 mg. Parallelt med dette går hun i selvfinansieret behandling hos en privatpraktiserende psykiater, der anvender kognitiv adfærdsterapi. Da interviewet finder sted, har hun været i behandling i 7 mdr.

Morten er 32 år, har en HD og arbejder i et stort, internationalt firma – ligeledes på det private arbejdsmarked. I forbindelse med en større international opgaveløsning og sideløbende med sin mormors død får han de første angstsymptomer, tager sygeorlov i fem mdr. og vender tilbage i en ny jobfunktion. Morten får stillet diagnosen 'panikangst', går herefter i selvfinansieret psykologbehandling (hos kognitiv adfærdsterapeut), og får skiftende dosis af SSRI-medicin (Seroxat) på mellem 10 og 20 mg. Da interviewet bliver foretaget, er Morten i nedtrapning efter tre mdr. på medicin.

De studerende

Trine er 27 år, er i gang med en mellemlang videregående uddannelse og arbejder ved siden af i en børneinstitution. I forbindelse med sin fars død, får hun de første angstsymptomer. Hun diagnosticerer sig selv efter et par dage med bl.a. 'panikangst' og opsøger sin læge. Her får hun, pga. sin fars dødsfald, en psykologhenvisning. Tilskuddet til psykologbehandling stopper imidlertid, og Trine tager pga. tiltagende angstsymptomer en kort sygeorlov. Hun begynder senere hos en psykiater parallelt med, at hun via sin læge modtager SSRI-behandling (Cipralext). Efterfølgende raskmelder hun sig og starter igen på arbejde. Trine har været i SSRI-behandling i fire mdr. og ønsker at fortsætte til endt uddannelse.

June er 27 år og er i gang med en lang videregående uddannelse. Angstudviklingen begynder under et projektforsøg på studiet. June opsøger på et tidspunkt sin læge, der henviser hende til en psykiater, som kort tid efter udskriver SSRI uden at stille en specifik diagnose (10 mg Cipramil). Hun stopper hos psykiateren, via informationssøgning diagnosticerer hun sig selv som et 'OCD-grænsetilfælde' og starter i selvfinansieret psykologbehandling (kognitiv adfærdsterapi). June er

den eneste informant, der ikke er i medicinsk behandling under interviewet. Hendes SSRI-behandling forløb over ca. et halvt år.

De ikke-arbejdsmarkedstilknyttede

Jesper er 39 år, arbejder som vicevært ejendommen, hvor han bor, og får sygebistand. I forbindelse med en jobopsigelse og sin mormors død udvikler han såkaldt 'sygdomsangst' og 'natteangst', hvilket han har haft igennem en længere årrække. Via sin læge, bliver han henvist til en psykiater, som udskriver en recept på SSRI-behandling⁴⁴. Da interviewet finder sted, har *Jesper* været i medicinsk behandling i ca. to år. Han har på intet tidspunkt været i terapi, men deltager i en af Angstforeningens selvhjælpsgrupper én gang ugentligt.

Bo er 61 år gammel og har gennem en lang årrække arbejdet som lagerarbejder. I løbet af de sidste 13 år har han dog været på overgangsydelse og er nu førtidspensionist. På det tidspunkt, hvor *Bo* arbejder som lagerarbejder, får han voldsomme angstsymptomer, og opsøger sin læge. Han får en henvisning til en psykiater, der stiller diagnosen 'socialfobi' og udskriver en recept på SSRI-behandling (Seroxat). Han bliver afskediget fra sin arbejdsplads ca. et halvt år efter påbegyndelsen af medicinsk behandling. *Bo* får på tidspunktet, hvor interviewet finder sted, 60 mg i dagsdosis og har været i behandling i 14 år. Ligesom *Jesper* deltager han i en af Angstforeningens selvhjælpsgrupper og har på intet tidspunkt gennemgået et reelt terapiforløb.

Understøttende informantperspektiver

Birgitte er 62 år gammel og invalidepensionist. Hun har en lang videregående uddannelse bag sig og har længe arbejdet som bibliotekar. Angstudviklingen begynder, mens hun stadig er i arbejde i 1980'erne. Efter flere angstanfald opsøger hun sin læge, der diagnosticerer hende med den daværende betegnelse 'angstneurose'. Hun får i den forbindelse noget beroligende medicin (Valium), går kortvarigt hos en psykiater, der på daværende tidspunkt kræver selvfinansiering. *Birgitte* diagnosticeres senere hen med 'panikangst' og starter i SSRI-behandling (Seroxat) sideløbende med et terapiforløb på Rigshospitalet, hvor der anvendes kombinationsbehandling (medicin/kognitiv adfærdsterapi). Hun er i forbindelse med interviewet på 20 mg antidepressiv medicin (Fontex) og har været i behandling i ca. 6 år.

Helle er 39 år og på sygedagpenge, da hun mistede sit job som kontorfunktionær i 2003. I øjeblikket er hun i 3-måneders jobtræning på nedsat tid i en boghandel. *Helle* har fået stillet diagnosen 'panikangst' og 'generaliseret angst', og har gået på Fobiskolen (hvor der praktiseres kognitiv adfærdsterapi). Derudover har hun modtaget selvfinansieret psykologbehandling. *Helle* har været i SSRI-behandling i ca. 7 uger.

⁴⁴ *Jesper* nævner, at han er på "lykkepiller", men går i øvrigt ikke op i betegnelser, dosis m.m.

Kapitel 3. Hvordan SSRI-behandlingen begrundes i lyset af de angstdiagnosticeredes retrospektive fortællerperspektiver

I dette analyseafsnit præsenteres tre retrospektive hovedforløb i de angstdiagnosticeredes liv med udgangspunkt i informanternes situationsbeskrivelser og subjektive betydningstillæggelser af forløbene. Disse udgøres af:

- forløbet under de begyndende angstsymptomer – med et samtidigt fokus på informanternes italesatte 'selvbillede' dvs. den måde, de grundlæggende karakteriserer sig selv på,
- forløbet, hvor de via den professionelle praksis diagnosticeres og kommer i medicinsk behandling
- samt forløbet umiddelbart efter diagnosticeringen og påbegyndelsen af medicinsk behandling.

Situationsbeskrivelserne og perspektiverne på forløbene illustrerer de angstdiagnosticeredes *subjektivt formidlede mulighedsrum* ud fra betragtninger af;

- hvilke differentierende betingelser angstudviklingen, diagnosticeringen og den medicinske behandling synes at sætte for livsførelsen som begrundelse for den medicinske behandlings *subjektive funktionalitet*
- herunder hvilke betingelser, der sættes af arbejds-, uddannelses-, og familiemæssige sammenhænge, de professionelle samt patientforeninger. Disse udgør alle *handlesammenhænge*, som informanterne løbende indtræder i
- samt ud fra hvilke *forholdemåder og handlemåder*, informanterne griber disse betingelse

3.1 'Selvbilledet' og den begyndende angstudvikling

I forbindelse med informanternes beskrivelser af de begyndende angstsymptomer og symptomernes indflydelse på livsførelsen præsenteres indledningsvist informanternes 'selvbillede'. Det refererer i store træk til de identitetsmæssige karakteristika, som afspejles i informanternes fortællinger. I henhold til de narrative fortællerpassager giver 'selvbilledet' en gennemgående forståelse for informanternes forholdemåder og handlemåder i relation til de kontekstuelle betingelser, der løbende refereres til i situationsbeskrivelserne. Afhængig af om fortællingen fremføres af den virksomhedsansatte, den studerende eller den ikke-arbejdsmarkedstilknyttede afspejles forskellige 'selvbilleder' og positionelle betingelser i store dele af det retrospektive forløb. Af samme årsag er følgende afsnit bygget op om de tre informantgrupper: De virksomhedsansatte, de studerende og de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede. De tre informantgrupper afspejler hver især to informantperspektiver, hvis fortællinger indebærer en række fællestræk.

3.1.1 At være karriereorienteret og at bukke under for et stigende arbejdspress

De to virksomhedsansatte giver i et tilbageskuende perspektiv udtryk for at være karriereorienterede på enslydende måder: De har altid haft gå-på-mod og taget imod udfordringer i forbindelse med arbejdslivet.

Disse 'selvbilleder' er med til at begrunde, hvilke livsførelsesprioriteringer informanterne har i perioden, hvor de begyndende angstsymptomer sætter ind, dvs. hvordan de har en intention om at fastholde deres respektive jobfunktioner under angstudviklingen. Ligeledes som 'selvbillederne', udtrykt i de måder, hvorpå informanterne griber deres arbejdsmæssige betingelser, synes at have konsekvenser for selve symptomfremkaldelsen.

Den ene informant, Susanne, beskriver sit arbejdsforløb på følgende måde:

"Så var jeg færdig som kandidat og stod så og skulle finde noget at lave og kom så her ud og blev konsulent og har arbejdet med at rådgive ledere, træne ledere og undervise ledere i god kommunikation. Det har været alt lige fra coaching, konflikthåndtering og vanskelige samtaler, afskedigelser på en værdig måde, mødeledelse og præsentationsteknik og god mailkultur og alt, hvad der handler om god kommunikation, primært det mundtlige, primært det dialogiske. Det er der, mit hjerte banker. Så har jeg efteruddannet mig inden for en række ting og er konfliktmediator og coach og arbejder med assertiv kommunikation, girafsprag og alle de der ting, som klædte mig på. NLP har jeg også taget." (Susanne)

Susanne betegner yderligere sig selv som et "konkurrencemenneske", som inden angstdiagnosen stiler mod at stige i det stillingsmæssige hierarki. Ligeledes giver informanten Morten udtryk for at være "ambitiøs af natur", hvilket afspejler sig i hans argument for at søge ind i en større, international IT-virksomhed:

"Jeg kunne godt tænke mig at komme ind et kæmpestort sted, hvor man har masser af muligheder for at samarbejde på tværs af grænser og arbejde med forskellige – altså nationaliteter rundt omkring i verden. Det kunne jeg enormt godt tænke mig – så der søgte jeg så ind (...) I firmaet der er jeg også kendt for at være sådan en, der kaster mig ud i alle ting og er med til at løse problemer. Jeg sætter mig ikke over i et hjørne og venter på, at tingene skal komme, og at der er nogen, der skal komme og fortælle mig, hvad jeg skal lave. Sådan har jeg aldrig arbejdet. Jeg løser tingene og får ordnet tingene." (Morten)

Citatet illustrerer endvidere, hvordan Morten karakteriserer sig selv som 'kendt' for at være initiativrig i arbejdssammenhænge. Han oplever, at han *selv* sætter præmisserne for sin handlen i den daglige arbejdsgang ved ikke bare at "sætte sig over i et hjørne" og vente på, at han bliver tildelt arbejdsopgaver.

I takt med øget arbejdsmæssigt ansvar oplever begge informanter en stigende nervøsitet og en følelse af præstationsbesvær. På trods af det vælger Susanne at sige ja til en lederstilling, mens Morten accepterer en ledende funktion i forbindelse med et internationalt virksomhedssamarbejde. Arbejdsmængden og omfanget af deadlines, rejser og opkald – også uden for arbejdstiden - tiltager. Morten beskriver, hvordan virksomheden nu kræver endnu hurtigere opgaveløsning, mens Susanne

har problemer med, at folk betaler ”15.000 for et par dage”, hvor hun skal ”levere varen”. Typisk handler de *restriktivt* i deres jobfunktioner ved at påtage sig omfangsrige opgaver, selvom de, på grund af fysisk og psykisk ubehag og nervøsitet, ikke føler, de kan overskue dem.

Susanne beskriver her, hvorledes hun opretholder sine arbejdsgange til trods for, at hun mister grebet om sit øvrige liv, og i weekenden kæmper med hovedpine, manglende appetit m.m.:

”Det var typisk sådan, at hvis jeg var væk onsdag, torsdag, fredag [på forretningsrejse], så lå jeg i sengen hele lørdagen og havde det ad helvede til og kastede op og havde migræne og alt muligt. Og søndag brugte jeg så på at komme lidt på højkant og mandag, så var det så forfra igen. Jeg havde det forfærdeligt, og jeg har også haft nogle tanker (...). Hvor jeg så har tænkt: Hvis nu jeg baldrer ind i et træ og smadrer mig selv fuldstændigt, så kan jeg da for helvede ligge på et hospital i et par måneder og have fri (...) Men jeg havde jo altså omvendt også nok den der med: Hvis man har sagt A, må man også sige B, og nu er jeg gået ind i det her job, så må jeg sgu også gennemføre det.” (Susanne)

Susanne begrundet sin handlemåde ud fra, at hun *selv* har valgt lederstillingen og af samme årsag må stå til ansvar for de betingelser, hun har sat for sig selv. I relation til dette påpeges manglen på en legitim begrundelse for at sige fra, jf. hendes association til trafikulykken. Hendes indstilling er på daværende tidspunkt: *”Hvis jeg er så skvattet og skal være så præstationsangst, så må jeg fandeme tage mig sammen”*. Susanne beskriver yderligere det paradoksale i, at hun ikke kan nyde sin succes men bukker under for en stigende ”præstationsangst”:

”Jeg var jo skidegod. Og hvis der var et hold kursister, som brokkede sig over en konsulent, så satte man mig på, så vidste man, det ville blive en succes. Og i virkeligheden kunne jeg jo bare have solet mig i det. Og læne mig tilbage. Og sige: ”Jeg er pissegod og det her, det styrer jeg fuldstændigt”. Det gjorde jeg ikke. Jeg blev mere og mere præstationsangst over det. Og faktisk har jeg oplevet at gennemføre nogle forløb, hvor jeg haft det fuldstændigt vanvittigt bagefter. Hvor jeg fx har haft tyndskid nærmest en uge op til.” (Susanne)

Morten oplever også jævnlige rysteture, hjertebanken, opkast og søvnløse nætter i hjemmet. På samme tidspunkt udsættes Morten for et dødsfald i den nære familie, hvilket umiddelbart synes at forværre symptomerne. Begge informanter støttes i hjemmet af deres partnere, som flere gange relaterer symptomerne til at være stressbetingede. Hverken Susanne eller Morten konfronterer imidlertid deres respektive arbejdsgivere med problemet i første omgang. Morten begrundet først og fremmest dette ud fra personligt at have svært ved at sige fra i en virksomhedskultur, der gør det til medarbejderens egen opgave at ’bekende kulør’, hvis man har problemer med sin arbejdssituation:

”X er et rigtigt godt firma at være i, fordi – men – ikke, hvis du ikke kan sige fra. Hvis du nu godt kan sige fra og sige: Det her det duer simpelthen ikke, det duer jeg ikke til, så er det op til din chef at finde ud af, at du faktisk skal have et andet job. Og så kan man blive omplaceret, fordi det er sådan et stort sted – der er 4000 ansat, så du kan sidde forskellige steder, og det er de rigtig gode til også, men hele det her problem var, at jeg ikke erkendte det selv. Så ingen vidste hvordan – de vidste bare, at jeg var stresset, men alle er stressede. Der er mange inden for den her branche, IT-branchen, der er stressede.” (Morten)

Citatet afspejler ligeledes, hvordan Morten tilsyneladende har svært ved at erkende sin problematiske situation, hvilket implicit relateres til, at 'stressede medarbejdere' udgør et *alment* fænomen på arbejdspladsen.

På grund af de voldsomme og efterhånden invaliderende symptomer ender begge informanter med at konfrontere arbejdsgiver med deres sammenbrud. Susanne, der som udgangspunkt ønsker at sige op, får ferie tidligere end planlagt med chefens opfordring om at vende tilbage i en anden stilling. Morten sygemelder sig midlertidigt for ligeledes at vende tilbage til arbejdspladsen efter en længere sygeperiode. På grund af de voldsomme kropslige symptomer følger herefter et forløb, hvor de fortolker symptomerne som udelukkende forårsaget af fysisk sygdom i form af hjerteproblemer, sclerose osv.

3.1.2 De studerende: At være ambitiøs og miste grebet om studieliv og arbejde

I lighed med de virksomhedsansatte karakteriserer June og Trine, der begge er i gang med en videregående uddannelse, sig selv som yderst ambitiøse. June beskriver sig selv som:

"...en udadtil meget velfungerende person, ja, én, folk ser op til, én, der klarer sig godt i alt det, hun laver. Sådan meget med vægt på at være faglig og sådan noget." (June)

At hun umiddelbart forekommer "meget velfungerende" viser sig ved, at hun tilnærmelsesvis bygger hele sin livsførelse op omkring faglige og sociale udfordringer. Inden universitetet er June et år i Guatemala som frivillig, og på universitetet tager hun et semesterophold i Madrid til trods for at have oplevet "følelsesmæssige vanskeligheder" i løbet af det første udenlandsophold. Derudover har June i en periode arbejdet fuldtid ved siden af studiet og sætter sig generelt i positionen som 'tovholder' i forbindelse med gruppearbejde på studiet. Intentionen om at leve op til idealet om "den velfungerende person" synes at være det grundlæggende handlepræmis for Junes livsførelse.

I forbindelse med et problemfyldt gruppearbejde hvor June udsættes for kritik, får hun de første reelle symptomer:

"Altså, jeg sad foran min computer og følte mig bare super presset, måske ikke sådan fagligt, vel, fordi vi havde vildt travlt, men jeg følte mig bare presset i forhold til den her situation. Når jeg sad og læste, så kunne jeg lige pludselig få sådan et billede af, at jeg – hvis jeg sad med en kuglepen eller en blyant i hånden – at jeg sådan bankede den op ad mit bryst." (June)

I modsætning til de virksomhedsansatte tager June forholdsvist hurtigt kontakt til sin læge. Det samme gør Trine, som oplever angstsymptomer kort tid efter sin fars død:

"Først var jeg helt desperat, fordi vi skulle ud at rejse og sådan noget, og sådan kunne mit liv jo ikke være, og lige på det tidspunkt var det faktisk kun, når jeg kørte i bus og tog, at jeg havde angst (...) Ja, og så bredte det sig til alle mulige andre sammenhænge; hvis jeg gik længere ture eller gik ned for at handle, alt, hvor jeg decideret ikke havde mulighed for at komme væk her og nu, hvis jeg ville. (...) Det påvirkede min uddannelse sådan, at jeg havde svært ved at være til stede i timerne - altså, jeg skulle sidde tættest på døren, og det blev en helt naturlig del af det." (Trine)

Som det fremgår af beskrivelsen, medvirker angsten til, at Trine ikke bare mister grebet om basale hverdagsrutiner såsom indkøb og brug af offentlige transportmidler, men at hun ligeledes har svært ved at håndtere studiemæssige sammenhænge. Frustrationen begrundes med ordene ”sådan kunne mit liv jo ikke være”. Særligt i forhold til studiet forekommer angstudviklingen problematisk, da Trine, i lighed med June, anser identiteten som ”den gode studerende” som værende en position, hun til alle tider skal beherske og derfor har svært ved at acceptere ”alt under karakteren 10”.

I modsætning til de virksomhedsansatte fremstår de studerendes symptomer ikke så fysisk voldsomme og relateres, af informanterne *selv*, til det at have stress. De griber endvidere deres præmisser på anderledes vis ved hurtigere at kontakte behandlerpraksissen med intention om psykologbehandling. Deres erfaringer med ikke at være i stand til at beherske de psykiske problemer, der opstår i forbindelse med periodevise studiemæssige spidsbelastninger, optræder givetvis som en legitim begrundelse for at ”stoppe op” og opsøge professionel hjælp. De studerende handler på dette punkt på anden vis end de virksomhedsansatte, der ikke anser psykiske problemer for at være en legitim begrundelse for at ændre de kontinuerlige betingelser i den arbejdsmæssige handlesammenhæng. Dette forhold begrunder i sidste ende, at kun den fysiske sygdomsudlægning synes at udgøre en legitim fortolkning.

3.1.3 De ikke-arbejdsmarkedstilknyttede: At være ’afviger’ og at trække sig fra arbejdsmarkedet

En anden situation gør sig gældende for de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede informanter, Bo og Jesper. De ”forener” sig i høj grad med angstudviklingen ved at handle restriktivt på angstens præmisser. Det betyder, at angstudviklingen ’styrer’ deres hele livsførelse i retning af yderligere social isolation og arbejdsløshed.

Bo og Jespers ’selvbillede’ afviger radikalt fra de andre informanters, da de grundlæggende karakteriserer sig selv som ’enspændere’ og ’afvigere’. Bo begrunder sit ’selvbillede’ ud fra forestillingen om, hvordan en ”dårlig barndom” har gjort ham til en ”overdreven perfektionist”, mens Jesper relaterer ’afvigelsen’ til en mangeårig og ensidig interesse for biler og ’ikke det andet køn’:

Efter Jespers mormor dør, overtager han hendes lejlighed, og i den forbindelse begynder Jesper at få natlig uro:

” Jeg skulle sove med lys, og altså, jeg var simpelthen skidebange for at være her. Og det var noget med, at jeg troede min mormor var begyndt at gå igen eller et eller andet mærkeligt. Så jeg var skidebange om natten. Specielt klokken fem minutter i tre, så vågnede jeg og var helt i panik, og det gjorde mig endnu mere bange. Fordi det var da underligt, hvorfor man lige skulle vågne fem minutter i tre hver nat og være pissebange. Så til sidst kunne jeg jo slet ikke sove om natten. Og jeg blev mere og mere træt og sløv og mærkelig og deprimeret.” (Jesper)

Udover at han kæmper med søvnløse nætter, begynder tvangstanker at sætte ind; Jesper beskriver, hvordan han bruger mere og mere tid på at udføre tvangsprægede ritualer i lejligheden. På grund af natlige forstyrrelser og pga. af ændrede arbejdstider på sit arbejde på maskinfabrikken, ender han med at sige sit arbejde op og tilbringer derefter stort set alt sin tid isoleret i hjemmet, hvor han kæmper med tvangshandlingerne og en stigende sygdomsangst.

I lighed med de virksomhedsansatte knytter Bos angstsymptomer sig til den arbejdsmæssige handlesammenhæng. Han relaterer dog angstudviklingen mere direkte til sin personlige mangel på at kunne sige fra over for stressende arbejdsopgaver. Dette forhold begrundes samtidig i hans 'afvigende' perfektionisme:

"Men jeg blev så lige pludselig kastet ind i det fra lageret, og der var en computer, og jeg skulle bare - jeg fik en lillebitte - meget, meget kort undervisning, så kunne jeg bare - hvis jeg var i tvivl, så skulle jeg bare spørge. Men det med bare at spørge, det var ikke så let fordi ham, jeg skulle spørge, havde aldrig tid til at svare, så jeg måtte selv sidde og bakse med det der, og så nåede jeg jo ikke at lave det, jeg skulle, og det hobede sig op, og jeg blev mere og mere stresset. Der var ligesom flere og flere opgaver. Og så har jeg altid haft den der fejl, at jeg har haft svært ved at sige nej: "Det kan jeg ikke. Det kan jeg ikke nå (...) Min perfektionisme gjorde jo så også, at mit arbejde ikke gik så hurtigt, som det ellers ville have gjort, hvis bare jeg ligesom var gået lettere hen over det." (Bo)

Bo forsætter, på trods af symptomerne, i sit job et stykke tid ud fra den begrundelse, at han som familiens forsørger ikke kan undvære indtægten. Efter et anfald, hvor han oplever en voldsom hjertebanken, kontakter han behandlingssystemet. På grund af omfattende fyringsrunder modtager han, et stykke tid efter påbegyndelsen af SSRI-behandlingen, en opsigelse fra sin arbejdsplads. I lighed med Jesper, der deltager i en mislykket jobaktivering, har han ikke siden været tilknyttet arbejdsmarkedet. Modsat de virksomhedsansatte begriber Bo og Jesper symptomudviklingen primært som en yderligere indikation på at "at være uegnet til arbejdsmarkedet" og understøtter dem i at kategorisere sig selv 'som afvigende'.

Overordnet illustrerer informantfortællingerne, hvordan angstudviklingen fører til flere problematikker og sammenbrud i livsførelsen. Efter de første angstsymptomer sætter ind, udvikler angsten sig til at "regulere" informanternes livsførelse på stort set alle områder. Der refereres endvidere til, hvordan ydre omstændigheder virker som katalysator for angstfremkomsten. For fleres vedkommende relateres dette til den arbejdsmæssige handlesammenhæng, hvor der løbende stilles flere og flere krav, men også hændelser som familierelaterede dødsfald og studierelaterede problemer synes at have indflydelse på angstudviklingen. Oplevelsen af ikke at kunne magte opgaverne står typisk i konflikt med en samtidig intention om at forblive på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet. Ligeledes skildrer informantbeskrivelsen, hvordan omgivelserne, udover de nærmeste pårørende, ikke indvies i angstoplevelsen. Målet om at leve op til ambitiøse 'selvbilleder' synes her at være medvirkende til, at de virksomhedsansatte og studerende forstår

livsførelsesproblematikkerne som et 'selvbetinget' forhold, der skal 'selvbearbejdes'. At de virksomhedsansatte samtidig begriber de arbejdsmæssige betingelser som *selvvalgte* præmisser fremstår delvist som begrundelse for, hvorfor de negligerer symptomerne i forsøget på at fastholde deres stillinger. De studerende forstår omvendt symptomerne som psykisk betingede og har en intention om en terapeutisk bearbejdning med henblik på at opretholde deres studie- og arbejdsliv. De ikke-arbejdsmarkedstilknyttede betydningstillægger til gengæld angstudviklingen som selvrelaterede problematikker, der kommer til udtryk i det at være "overdreven perfektionistisk", "enspænder" og "mærkelig".

Som følgende analyseafsnit klarlægger, oplever de studerende og de virksomhedsansatte, at den biokemiske angstforklaring og den behandlingsorienterede tilgang på meningsgivende vis *erstatte* de selvproblematiserende og selvansvarliggørende tilgange. For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede er der snarere tale om, at den biokemiske angstforklaring er med til at *komplementere* og fyldestgøre deres afvigende 'selvbillede'

3.2 Mødet med den behandlingsmæssige praksis

3.2.1 Medicinkritikerne

De studerende, der primært oplever angsten som en *psykisk* manglende 'evne' til at handle i overensstemmelse med en uddannelsesorienteret og målrettet livsførelse, indtræder i lægepraksissen med intention om psykologhjælp og som udgangspunkt *ikke* medicinsk behandling. Begge informanter begrundede disse forholdemåder ud fra tidligere, negative erfaringer med medicinsk behandling; June i forbindelse med en trafikulykke og Trine i forbindelse med en depression.

Som udgangspunkt adskiller deres forløb sig fra hinanden. På grund af dødsfald i familien oplever Trine i første omgang en *overensstemmelse* mellem sin intention om psykologbehandling og behandlingssystemets mulighedsbetingelser og gennemgår, pga. af dødsfaldet, efterfølgende et terapiforløb. Da June ikke er i samme position, konfronteres hun med lægepraksissens ressourcemæssige begrænsninger og modtager en psykiaterhenvielse. Lægen agerer ud fra Junes medicinkritiske udgangspunkt og garanterer hende, at henvielsen ikke nødvendigvis indebærer medicinsk behandling. Han indikerer samtidig, at pågældende psykiater er terapeutisk orienteret. Forløbet fra lægekonsultationen til mødet med psykiateren beskrives på følgende måde:

"Så jeg tog så til min læge med den intention om at argumentere for, at jeg skulle have psykologhjælp, men hun fik relativt hurtigt overbevist mig om, at jeg skulle søge en psykiater. Og hun sagde så – fordi jeg var sådan; jeg skulle i hvert fald ikke på nogen form for medicin – og hun sagde så; jamen, den her psykiater, hun er meget orienteret mod terapi, så det kan du sagtens. Der er ikke nogen, der siger, du skal på medicin, fordi du tager en snak med hende. Så gik der så fire måneder, inden jeg havde den første samtale med hende, hvor det var begyndt at gå bedre, fordi jeg netop begyndte at tage mine forholdsregler og drosle helt ned for alting og cutte alting væk, og fordi jeg blev nødt til bare at koncentrere mig om overhovedet at komme gennem semestret. Og så kom jeg så til den

her psykiater, og der gik jo ikke særlig længe, før jeg var startet på Cipramil, fordi hun fik mig overbevist om, at...at det var noget, der kunne gøre, at jeg ligesom – altså, det kunne lette min hverdag, det kunne ligesom gøre, at jeg kunne arbejde med det, der ligesom var galt.” (June)

Citatet illustrerer yderligere, hvordan June, i perioden op til den forestående psykiaterkonsultation, får greb om sin livsførelse ved at 'drosle ned' for selvsatte mål og i stedet koncentrere sig om først og fremmest at gennemføre sit studieforløb. I mødet med psykiateren bliver hun så "overbevist" om, hvordan medicinen vil "lette hverdagen" og dermed medvirke til en øget grad af selv-bearbejdende handlingsorientering. På baggrund af psykiaterens råd opstarter June efterfølgende et medicinsk behandlingsforløb.

Trine oplever en lignende konflikt, da de begrænsede psykologkonsultationer ophører. Med begrundelsen om i længere tid at have været sygemeldt fra sit arbejde, fremstår SSRI-behandlingen som eneste reelle mulighed for at genoptage evnen til at arbejde, selvom hun som udgangspunkt sætter medicinsk behandling lig det at "give op" og er bange for bivirkninger:

"...jeg ville ikke have medicin, fordi det var ligesom – jamen, et eller andet sted er det jo nok at give fortabt – altså ikke at kunne bekæmpe det. Men det handlede også om, at der var bivirkninger. Jeg læste alt, hvad der var om bivirkninger for at finde den medicin, der kunne garantere.... Men til sidst måtte jeg så give fortabt og sige det til min læge, fordi min psykologbehandling var jo stoppet, og jeg fik jo ikke mere end den. Hvis jeg ville i behandling, så måtte jeg gå til psykiater og få medicin. Så det fik jeg udskrevet af min læge mellem jul og nytår, og så startede jeg jo i behandling hos en psykiater – en del måneder senere.” (Trine)

Forløbene indikerer, hvordan informanternes medicinkritiske indstilling og forholdemåder opgives i interaktionen i de behandlingsmæssige handlesammenhænge, og at dette perspektivskift er under indflydelse af intentionen om at opretholde/genoprette den uddannelsesrelaterede og arbejdsmæssige livsførelse. I situationsbeskrivelserne fremstår sådanne handlegrunde legitime i lyset af lægens og psykiaterens forholde- og håndteringsmåder. Dette forhold eksemplificeres tydeligt i Trines fortælling. Intentionen om hurtigst muligt at genindtræde i den arbejdsmæssige handlesammenhæng får den professionelle til at handle *aktivt* i sammenhængen:

"Og når du ringer op til psykiateren, så lyder det jo: "Jamen, vi har en tid – på det tidspunkt var det lige i starten af januar – vi har en tid i slutningen af april, i starten af maj. Så siger jeg: "Jamen, det er sådan rimelig akut!" – "Er det akut?" – "Ja, jeg er sygemeldt fra mit arbejde." - Det kunne hun godt se: "Det er vi jo nødt til...". Så siger hun: "Så kan jeg nok godt presse dig ind på en tid her i starten af april." (Trine)

Intentionen om at opretholde handleevnen til håndtering af eksisterende livsbetingelser er i samspil med de professionelle håndteringsmåder udslagsgivende for, at begge informanter påbegynder SSRI-behandling til trods for deres medicinkritiske udgangspunkter.

3.2.2 De sygdomsfortolkende

De virksomhedsansatte, hvis sygdomsfortolkning og ferie udmønter sig i deciderede sygeorlovsperioder, indtræder i behandlerpraksissen med primær forventning om at blive behandlet som fysisk syge pga. de intensiverede fysiske angstsymptomer. Af samme grund skabes et forløb, hvor der opstår et konfliktfyldt forhold mellem informanterne og behandlingssystemet. De konfliktfyldte sammenhænge udvikles som et resultat af misforholdet mellem de virksomhedsansattes selvfortolkning som ”sygdomsramte” og den professionelle praktikers sygdomsafvisende ”dom”. Morten refererer til, hvordan en læge ”spiller smart” og er berettiget til at få en klage, da lægen i forbindelse med en EKG-undersøgelse konstaterer, at Morten er rask, og at symptomerne primært er stressrelaterede. Susanne går i første omgang på kompromis med en lignende lægeudtalelse og får det efterfølgende bedre. Op til en forestående udlandsferie kommer symptomerne imidlertid igen. Angsten forstærkes løbende bl.a. på grund af informationssøgning på internettet, som fører til diverse former for selvdiagnosticering og et omfangsrigt undersøgelsesforløb på hospitalet, hvor tegn på fysisk sygdom kategorisk afvises. Susanne vender på denne baggrund tilbage til sin alment praktiserende læge med *kravet* om at blive fysisk diagnosticeret og behandlet, hvilket ifølge Susannes beskrivelse medvirker til frustration for lægens vedkommende:

”...så gik jeg til min egen læge og sagde: ”Jamen, du må gøre et eller andet”. Hun var jo bange for, at hun overså noget, så hun tog nogle flere blodprøver. Og så blev jeg endnu mere bange, fordi hvis hun tager blodprøver, så må det være, fordi hun har en mistanke om, at der er noget, ik? Og så ventede jeg på, at de der blodprøver kom. Og så kom de tilbage, og så sagde de: ”Vi kan intet finde”. Altså, hun sagde på et tidspunkt: ”Jeg ved ikke, hvad jeg skal stille op med dig. Jeg kan se, at du har det ad helvede til. Jeg kan se, at du ikke kan gå herhen. Jeg kan se, at du ikke kan tale. Jeg kan se, at savlen løber ud ad munden på dig. Jeg aner ikke, hvad jeg skal stille op. Det eneste altså – det er psykisk. Der kan ikke være andet. Vi har udelukket alle andre ting”. Og jeg troede bare ikke på det. Altså, jeg tænkte: ”I er inkompetente, hele banden. Hvor er der en dygtig læge i det her land, altså? Jeg er jo syg, for helvede, det kan I jo se”. Og det var så frustrerende, og det var så skræmmende, at der var ingen, der kunne hjælpe mig.” (Susanne)

Beskrivelsen antyder en konflikt mellem voldsomme symptomer, behovet for en somatisk diagnose og lægens samtidige konstatering af, at symptomerne er psykiske. En konflikt, der stiller Susanne og lægen i dilemmafyldte positioner. Susanne anser det som et grundlæggende præmis at få professionel opbakning i sin sygdomsforståelse, mens lægen indtager rollen som ”inkompetent” på baggrund af evidensbaseret fakta, der afskriver tale om fysisk sygdom og diagnose.

I modsætning til de studerende kan Susanne og Morten ikke forlige sig med, at det er ”noget psykisk” og ”ikke-diagnosticérbart” og griber derfor til forestillingen om behovet for videnskabelig evidens, der verificerer deres fortolkning. Ifølge informantbeskrivelserne er dette forhold i stor udstrækning med til at begrunde den ’siterede forløsning’, som finder sted i mødet med den diagnosticerende og behandlende læge. Susanne beskriver sin oplevelse af, hvordan hun i konsultationen hos en lægevagt får stillet angstdiagnosen på baggrund af en angsttest:

” Og så kom jeg over til lægevagten, og så kom jeg ind, og han var bare fantastisk. Jeg beskrev hele min forfærdelige situation, som jeg har gjort nu, og han var meget tålmodig (...) ”En ting, jeg kan love dig,” sagde han, ”det er, at du har angst, for 90 % af de symptomer, du sidder og beskriver, det er angstsymptomer. Du er fuldstændig ude at skide, altså”. Og så fortalte han noget omkring angst. Og det var første gang, jeg hørte noget om det. Det var første gang, nogen kunne beskrive noget. Det var første gang, jeg mødte én, der vidste noget om det. Og han beskrev nogle angstsymptomer, som jeg kunne nikke genkendende til alle sammen. Han lavede en angsttest på mig, som jeg scorede tårnhøjt på.(...) Så fik jeg nogle piller, som jeg selv kørte ned – købte ind i døgnapoteket. Kørte hjem, tog dem og var skidebange.(...) Jeg har altid haft det sådan, at piller, det skulle man holde sig fra. Det der medicin, så er man syg og fucked up, altså. Og lukkede afdelinger, ik? Jeg skal da ikke have sådan noget angstmedicin. Men jeg tog det så alligevel.” (Susanne)

Som det fremgår af citatet, afløses Susannes umiddelbare negative medicinassociationer med en aktiv handlen, og hun påbegynder behandling med beroligende medicin. På grund af medicinens akutte symptomdæmpning, og fordi den i løbet af et par døgn medvirker til genopretning af basale livsførelsesbehov såsom søvn, appetit m.m., vender Susanne tilbage til sin alment praktiserende læge med en stillet diagnose og forventningen om fortsat behandling. Med ordene: ”Denne gang bider lægen på”, beskriver hun, hvordan hun får udskrevet SSRI-medicin ud fra den italesatte begrundelse om at ville gennemføre sit forestående bryllup. Hendes indstilling er her: ”Pump mig fuld af hvad det skal være. Jeg er pisseligegladd, bare det virker. Nu skal det her bare holde op.”

Forløbet fra den begyndende angstudvikling til mødet med den diagnosticerende og behandlende praksis illustrerer situerede perspektivskift: I kraft af en konkret stillet diagnose og konkrete behandlingsmuligheder udskiftes de tidligere professionelle konstateringer af angstens stressrelaterede forbundethed med antagelsen om angstens biokemiske oprindelse - og i forlængelse heraf påbegyndes den medicinske behandling. Derudover ses et skift i de virksomhedsansattes handlegrunde og handlingsorientering. Mens de under den begyndende angstudvikling primært forsøger at opretholde deres position på arbejdsmarkedet, er det nu intentionen om gennemførelsen af andre meningsgivende begivenheder, som forekommer handlingsbegrundende for den medicinske behandling. I lægepraksissen refererer Susanne til sit bryllup og Morten til sine fritidsinteresser som grundlæggende elementer i livsførelsen, der eksplicit begrundet valget om medicinsk behandling:

”Jeg siger: ”Jeg vil gerne have mit liv tilbage – hvad sker der her? Jeg kan hverken spille tennis – jeg elsker at gå til tennis – jeg kan ikke spille med mit band, og vi har lige lavet den her CD, og de bliver nødt til at lave den færdig uden mig. Nu skal vi ud at promovere og alt sådan noget der. Jeg kan ingenting. Jeg kan ligeså godt blive aflivet, fordi det her er overhovedet ikke et liv.” - Så siger han [lægen]: ”Kender du det, der hedder lykkepiller? – og man bliver ikke lykkelig af det, men du kommer hen på et stadium, hvor du bliver i stand til at overkomme nogle af de problemer, der har været, og det gør så, at du kan arbejde med det, og så kan du komme videre. Og det vil han gerne prøve [at give mig], fordi der var jo ikke noget galt med hjertet.” (Morten)

3.3 Psykiaterens autoritet og tilegnelsen af den biokemiske angstforklaring

Som konsekvens af den overordnede diagnose 'angst' og påbegyndelsen af medicinsk behandling følger for flere informanter en række psykiaterkonsultationer. Samspelet mellem den specifikke diagnosticering og psykiaterens fremstilling af den biokemiske angstforståelse fremstår som tegn på en meningsgivende og progressiv *professionalisme* i modsætning til de alment praktiserende lægers afventende eller mere diffuse forholdemåder.

Susanne beskriver, hvorledes psykiaterens "lynhurtige" diagnosticering erstatter den konfliktfyldte position som 'ikke-diagnosticeret', hvor hun blev afvist af systemet i flere omgange. Dette understreges i hendes udsagn: "Når der kommer en diagnose på, så er der også en behandling." Derudover synes den biokemiske angstforståelse efter første konsultationstime at blive verificeret af tidligere livsførelsesproblematikker såsom flyskræk og det at have været mørkeræd som barn. Angsten fremstår efterfølgende tilnærmelsesvist som et mere eller mindre givet livsvilkår, der på flere forskellige områder forklarer almene problematikker:

"Og så efterfølgende så spurgte hun [psykiateren] mig, om jeg havde haft angstlidelser før i mit liv, og det mente jeg overhovedet ikke, jeg havde, så det kunne jeg slet ikke genkende. Og da jeg så havde snakket den seance, den time, jeg havde hos hende, færdig, så var jeg udmærket godt klar over, at i virkeligheden så havde jeg haft det i årevis. Jeg havde bare slet ikke været klar over det. Eller jeg havde ikke regnet det for noget. Beskæftiget mig sådan med det på den måde. Men det kom til udtryk på en masse måder. Altså fx så vil jeg nok sige, altså da jeg var barn, der var jeg meget sådan mørkeræd, og dengang var jeg lidt sådan: Nå, men det er der jo mange børn, der er." (Susanne)

For flere informanters vedkommende lader den biokemiske angstforklaring sig endvidere integrere i subjektiviteten via en omfangsrig selvdiagnosticering. Det lader sig eksemplificere via Bo:

"Der vil jeg så sige, at godt nok har jeg socialfobi, men så har jeg så fundet ud af efterhånden, at de der forskellige former for angst, de overlapper hinanden. Jeg vil også tro, at jeg har noget generaliseret angst, og så har jeg yderligere noget OCD i forskellig mild grad, men alligevel. Jeg kan godt falde i nogen gange. Socialfobi, generaliseret angst, OCD og nogle få gange har jeg muligvis også haft panikangst. Men det er i meget få situationer, jeg har haft det. Jeg har aldrig nogensinde haft angst for at køre med de offentlige transportmidler eller på nogen måde rejse eller køre i bil. Jeg kan godt have lidt højdeskræk, hvis jeg er meget højt oppe, men højdeskræk det er jo også en fobi, ik? Ja, men altså – hvem har ikke det? Hvis jeg står rigtig højt oppe, så er det ligesom, jeg bliver suget ud, ligesom – man har en eller anden lyst til at springe ud men har en angst for det også." (Bo)

For Bo, Trine og June, der på forhånd selv har stillet deres diagnose 'angst'/'OCD' forekommer psykiaternes konstateringer meningsgivende, i og med de bekræftes i deres selvfortolkning af symptomerne. Flere af informanterne inddrager tilsyneladende psykiateren i en beskrivelse af angstsymptomernes relation til sociale problematikker, men alligevel fokuseres hovedsageligt på den biokemiske angstforståelse som grundlag for SSRI-behandlingen. Til trods for at diagnosticeringen og manglen på serotoninproduktion bærer præg af en reduktiv forklaringskraft – set i lyset af de livsførelsesproblematikker, forholdemåder og handlemåder, der spiller sammen med

angstudviklingen – begribes den biokemiske angstforklaring som gyldig for alle parter. Det synes nu muligt at retfærdiggøre handlemåder, der tidligere fremstod illegitime: At ”bukke under” for et arbejdspress, at være unormal eller overdreven perfektionist, at have svært ved studier og arbejde i forbindelse med familiemæssigt dødsfald osv.

Diagnosticeringen og medicinen beskrives på flere måder som omdrejningspunktet for enten at genoptage/opretholde livsstrategier eller at ”affinde” sig med positionen som ’uarbejdsdygtig’ eller ’afviger’. Af informantbeskrivelserne fremgår endvidere, hvordan psykiaterens forholdemåder umiddelbart har indflydelse på, hvordan den enkelte griber sine betingelser. I de studerende og virksomhedsansattes tilfælde (i Mortens tilfælde: Lægen) giver beskrivelserne indtryk af, at psykiaterne i samråd med den enkelte forholder sig *aktivt*. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at medicinbrugen fremlægges som midlertidig, man forsøger sig frem med forskellige medicindoser, og der tages supplerende kognitive terapiredskaber i brug. Bo og Jesper, der indtræder i psykiaterpraksissen med en række grundlæggende livsførelsesproblematikker (dårlig barndom, social inkompetence, selvbilledet som afviger osv.) og mindre ”ambitiøse” livsstrategier (ingen videregående uddannelse, ufaglært arbejde osv.), oplever andre forholdemåder hos psykiateren. Jesper beskriver, hvordan psykiateren, udover at opfordre til brugen af medicinsk behandling, foreslår invalidepension i den første konsultation:

”Og så blev jeg henvist til en psykiater, som hedder NN (...) Jeg ved ikke, om vi sad derinde en halv time første gang, hvor jeg så efterfølgende mange gange kun har været der i et kvarter. Men det er sådan noget med: ”Du får lige nogle piller”, og så skriver de en recept. (...). Og så siger han – først siger han, at jeg efter første gang [konsultation] skulle jeg bare have en invalidepension. Og så tænkte jeg: ”Nå, det var da lidt voldsomt”. Man går lige ind og siger goddag og siger, hvordan jeg har det – Invalidepension, værsgo’. Så står man der: ”Nå - det var eddermame da utroligt, mand” [griner]. Det var ellers totalt umuligt at få sådan noget. Så begyndte jeg så at spille kostbar. Ej, det var nok lige sådan lidt hastigt, at han konkluderede, at jeg lige skulle have invalidepension. Der var nok et eller andet, jeg nok kunne lave. Men det har jeg sådan også fundet ud af – jamen, det skulle jo nok gå. Og så fortalte jeg om alle de der gange, hvor jeg jo søgte arbejde, arbejde og arbejde.” (Jesper)

Som det fremgår af beskrivelsen, betydningstillægger Jesper episoden som *stigmatiserende* og ser af samme årsag som sin præmis at *forsvare* positionen som arbejdsøget i mødet med den professionelle. Ifølge Jesper viser hans initiativer sig i praksis ved, at han løbende søger arbejde – både før og efter konsultationsmødet – dog uden resultat. Bos beskrivelser af de første psykiaterkonsultationer belyser på anden vis psykiaterens *passiverende* forholdemåde, her i form af hyppig opdosering, hvilket Bo personligt legitimerer ved yderligere at henvise til anden ekspertkilde.

”Så fik jeg en henvisning til en psykiater NN (...) Jeg startede nok på 10 mg. Og så [kom jeg] meget hurtigt op på 20 mg efter en uge, tror jeg, og så i løbet af en måned, tror jeg, at jeg var oppe på – nej, det kan ikke passe, der har jeg måske været oppe på 40 og så langsomt op på 60 (...) Det er faktisk max dosis. Men det er det alligevel ikke. For jeg havde engang nogle samtaler med NM [en anden psykiater], og han sagde: ”Tag du bare 80 mg, det betyder ikke noget”. Han er meget large med sådan noget medicin.” (Bo)

Bo, der som udgangspunkt stadig er i arbejde ved første konsultationstime, afskediges som tidligere nævnt et stykke tid efter påbegyndelsen af medicinsk behandling. Han anlægger dog et forholdsvist positivt perspektiv på diagnosticeringens og medicinens ”positionelle virke”, da disse aspekter på ’gyldige’ måder kan begrunde hans afsked med arbejdsmarkedet og ”møde med friheden” som arbejdsløs.

3.3.1 Hvordan psykiaterens autoritet medfører en kritik af lægen og psykologen

Psykiatriens videnskabelige forskrifter og professionelle synspunkter integreres på omfattende vis i informanternes forholdemåder, hvilket inkluderer perspektivskift og problematisering af andre fagpersoners virke. Sideløbende med psykiatermøderne og oplevelsen af den medicinske symptomdæmpning problematiseres typisk tidligere og efterfølgende erfaringer med psykologiske terapiformer, der ikke retter sig mod personlig udvikling og brug af kognitive redskaber. Derudover ekspliciterer visse informanter konkrete tilfælde, hvor psykiaterne udtrykker kritik af den alment praktiserende læge. Denne interne professionelle kritik medvirker til yderligere skepsis hos de pågældende informanter i deres opfattelse af forskellige fagpersoner.

Trine udtrykker, hvordan psykiaterens indirekte kritik af psykologiske terapiformer, der tager udgangspunkt i ”at arbejde med sig selv”, sættes i kontrast til en positiv udlægning af SSRI-behandlingen. Psykologkonsultationerne, som hun ønsker at forsætte med før mødet med den psykiatriske praksis, træder på den måde i baggrunden:

”Som hun [psykiateren] sagde til mig første gang, og det er noget, jeg selv har regnet ud, da hun spurgte til mit forløb, fordi jeg faktisk blev mere syg, da jeg var i behandling hos en psykolog. Som hun siger: ”Der er mange folk, der glemmer, at det der næsten er den mest stressende situation og udsætter en for mest stress – [det er] at arbejde med sig selv” (...) Så jeg vil sige, jeg har fået det meget bedre. Jeg vil sige, at jeg nu er glad for, at jeg er startet på medicin. (...) for ellers var jeg slet ikke kommet så langt. Det, kan jeg virkelig godt mærke, har hjulpet, fordi min psykiater ikke har behandlet mig på den måde [henviser til psykologens fremgangsmåde].” (Trine)

Susanne, der i lighed med Trine, som udgangspunkt foretrækker selvudviklende terapiredskaber, reviderer løbende denne forholdemåde efter påbegyndelsen af medicinsk behandling og psykiaterkonsultationerne. Dette eksemplificeres i forbindelse med et mere eller mindre mislykket terapiforløb, som arbejdspladsen tilbyder efter at have fået kendskab til hendes diagnose:

”Så tilbød huset mig en psykolog, som jeg gik hos nogle gange, og det hjalp ingenting. Og det var sådan noget med barndom og sådan helt gængs terapi, som jeg ellers er stor tilhænger af, og det hjalp mig bare balle altså. (...). Så til sidst efter jeg havde været der fem gange, så sagde jeg: ”Lad vær’ med at spille penge på det, han er sikkert smadder god og sådan noget, men jeg er slet ikke der”. Og øh, så kløede jeg bare på med medicinen og ventede og fik langsomt mine kræfter tilbage, og så fordi jeg var sygemeldt, så skulle jeg også have tiden til at gå.” (Susanne)

Ligeledes anlægger hun et kritisk perspektiv på den alment praktiserende læge for at have startet på for høj en dosis med reference til sin psykiaters kommentarer som; ”HVAD gjorde du”, ”din

stakkel,” og ”hvor er det synd for dig”. Et lignende forhold kommer til udtryk hos Morten, der på grund af vedvarende symptomer og på opfordring fra sin onkel (som er læge) tager kontakt til en psykiatrisk speciallæge. I modsætning til ovenstående tilfælde, anbefaler speciallægen – med udgangspunkt i en sygerapport og en enkelt telefonsamtale med Morten – at fordoble den medicinske dagsdosis med begrundelse i generelle erfaringer. I denne situation er det Mortens egen læge, der modsætter sig den pågældende eksperts anbefaling ud fra henvisning til høje dosers passiverende følger:

”Så ringede han [speciallægen] til mig og siger: ”Jamen, den [sygerapporten] ligger ude i en bunke”. Der har den så ligget i et stykke tid – en halv måned eller sådan noget, og så siger jeg: ”Jeg er begyndt at få det lidt bedre, jeg får de der 20 mg, og jeg går til psykolog”. Så siger han: ”20 mg, det er ikke nok, du skal op mellem 40 og 50 mg”. Så siger jeg: ”Hvordan kan du bare sige det?”. – ”Jo, men jeg kender jo hele det her, jeg har jo haft så mange patienter, så du får det ikke bedre, hvis du ikke kommer op på 40 – i hvert fald 40 mg”. Så sagde jeg, at jeg ville ringe til min læge – så ringede jeg til min læge. Så siger han: ”Du skal eddermame ikke op på 40 – du ligger lige præcis der, hvor du skal, og lige i øjeblikket der er vi i gang med at få dig rask. Du skal ikke op på noget højere, så du bliver ligeglad.”(Morten)

Morten følger sin personlige læges anbefalinger og kommenterer dette med: ”Hvis jeg havde fulgt overlægens råd, var jeg højst sandsynligt endt som langtidsledig ligesom mange andre angstramte”.

På trods af informanternes forskellige problemstillinger og udgangspunkter vidner beskrivelserne af mødet og erfaringerne med den offentlige behandlingspraksis om en på mange måder ensidig medicinsk behandlingsorientering, hvor blandt andet konfliktende perspektiver på medicindoser og behandlingens længde blandt læger og psykiatere fører til tvivl hos den angstdiagnosticerede. De oprindelig medicinkritiske studerende oplever processuelt den medicinske behandling som eneste mulighedsbetingelse og finder den processuelt meningsgivende på baggrund af dels diagnosen og dels lægens og psykiaterens forholdemåder. Samtidig er intentionen om at bevare stringensen i livsstrategier vedrørende studiemæssige, arbejdsmæssige og generelle livsførelsessammenhænge med til at begrunde valget. I de virksomhedsansattes tilfælde medvirker selve diagnosen afklarende, da den manglende evne til at klare arbejdspresset nu tager form af en fysisk betinget forklaring, der harmonerer med oplevelsen af de stærke angstsymptomer og behovet for akut behandling. For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede fremstår diagnosticeringen og behandlingen ligeledes meningsgivende men i højere grad som afklarende forklaring på deres afvigende ’selvbillede’, hvilket tilsyneladende bekræftes i psykiaternes passiverende forholdemåder.

Som det fremgår af følgende afsnit, oplever informanterne i deres omgivelser en positiv respons på den medicinske behandling, hvilket gør den medicinske behandling yderligere funktionel for den enkelte. Derudover påbegyndes for fleres vedkommende et ’selvstudium’ i angstafklarende oplysninger og information, hvilket ligeledes bekræfter den medicinske behandlings gyldighed.

Først præsenteres de forskellige supplerende terapiforløb, som informanterne gør brug af, med blik for, hvordan positionelle betingelser indvirker på det terapeutiske mulighedsrum.

3.4 Behandlingsforløbets indflydelse på livsførelsespræmisser

3.4.1 Kognitiv behandling for den 'ressourcestærke' – selvhjælpsgrupper for den 'ressourcesvage'

Det forhold at supplerende terapeutisk behandling forudsætter et økonomisk råderum, udgør en generel betingelse, der medvirker til differentierede handlemuligheder for den enkelte; Susanne og Morten betaler selv for henholdsvis psykiater- og psykologkonsultationer (600-800 kr. pr. time), June betaler ligeledes selv som udgangspunkt for psykologtimer (får via omfattende opsøgende arbejde refunderet beløbene), Trine tilegner sig nogle redskaber gennem de almene psykiaterkonsultationer, mens Bo og Jesper ikke gennemgår et professionelt terapiforløb – primært med begrundelse i manglende økonomiske ressourcer.

De virksomhedsansatte og studerende gør aktivt brug af de kognitive redskaber, som udbydes af den professionelle praksis. Der peges hyppigt på, hvordan kombinationen af SSRI- behandling og den kognitive terapi bidrager til at få genoprettet de basale hverdagsrutiner såsom indkøb, brug af offentlige transportmidler m.m.. Derudover medvirker terapien til ændringer i tankemønstre, således at "negative" tanker i henhold til studie- og arbejdsliv bearbejdes via psykisk "selvkontrol". Typisk gøres brug af karakterbaseret dagbogsførelse (der løbende vidner om medicinens positive effekt) og adfærdsmæssig selvkorrektion ved oplevelsen af ubehagelige situationer. Informanterne giver i høj grad udtryk for, at de lærer at kontrollere deres adfærd på en måde, der gør det muligt at genindtræde på arbejdsmarkedet eller opretholde studieforløbet.

Endvidere beskriver de pågældende informanter, hvordan de vidt og bredt søger efter informationsmateriale på internettet, biblioteket, rådgivende hjemmesider og ligeledes får tildelt informationsmateriale af deres respektive psykiatere⁴⁵. Materialet medvirker til yderligere afklaring:

"Det var kanon, jeg fik sådan en lille folder, hvor der stod, hvad panikangst var. Og det er også den, man kan få fra Angstforeningen. Og alle de der ting, jeg havde, når jeg kørte på arbejde, og jeg ikke kunne synke og sådan noget. Det var sådan noget mærkeligt noget. Og lige pludselig kunne jeg sætte hak ved alle de der mærkelige ting. Og der stod, at hvis man havde fem af de der tyve, og jeg havde nitten ud af tyve og så i ekstrem grad." (Morten)

De opsøgende handlemåder fører informanterne ud i yderligere selvdiagnosticering, medvirker til verificering af den biokemiske angstforståelse og har en selvlegitimerende indvirkning på anvendelsen af SSRI-behandling. Eksempelvis påpeger Morten, hvordan han, efter sin diagnosticering, kontakter Angstforeningens telefonrådgivning på grund af rådvildhed angående,

⁴⁵ (www.angstforeningen.dk, www.netdoktor.dk, www.depweb.dk osv.)

hvorvidt han skal forblive i medicinsk behandling. I den forbindelse anbefales han uden forbehold at gøre brug af behandlingen, hvilket han i interviewsituationen forholder sig halvkritisk til med tilføjelsen om, at ”en sådan samtale ville kunne få enhver tvivlende til at falde i”.

Bo og Jesper påbegynder begge selvhjælpsgrupeforløb i modsætning til de andre informanter, som primært forholder sig halvskeptisk og afvisende ud fra begrundelsen om fx ”at være et grænsetilfælde” eller ”at have nok i egne problemer”. Selvhjælpsgrupperne udgør et meningsgivende omdrejningspunkt for både Bo og Jesper. De møder her andre diagnosticerede socialfobikere, der som dem forsøger at håndtere grundlæggende livsførelsesproblematikker. I dette forum almengøres det ’afvigende selvbillede’ og begribes af informanterne som et ugentligt modspil til ensomhed og isolation – særligt for Jesper, der ikke har andre familiemedlemmer end sin mor:

”Så egentlig så har jeg jo aldrig været i nærheden af nogle piger andet end i folkeskolen, men der var jeg jo bare mærkelig, ik? Men det er jo så egentlig nok det, der er mit grundproblem lige nu, eller som nok har været det i ret lang tid af mit liv...man kan jo ikke bare rende rundt for sig selv og spise de der piller, vel? Så man burde jo egentlig se at komme videre...men altså, der finder man jo hele tiden på undskyldninger, undskyldninger, undskyldninger. Men det vi så prøver på i den der klub [selvhjælpsgruppen] nu, det er ligesom at komme videre...Det jeg så fandt ud af, da jeg kom derned, det var, at andre...der sad jo også sådan nogle, altså det var jo igen kun det samme køn, der sad dernede. Det, som jeg selv tilhører. Og det var det samme problem jo, fordi det var socialangst, og det gik jo også meget på det modsatte køn, ik? Så der sad jo flere, som var nøjagtig ligesom mig. Og så tænkte jeg, nåh men det er så her, jeg hører til.” (Jesper)

Gennem ugentlige gruppediskussioner, øvelser og udflugter beskriver informanterne, hvordan de fra tid til anden overskrider de betingelser, som angsten synes at sætte for den daglige livsførelse; Jesper henviser i den forbindelse til en udflugt til Nyhavn, som er hans første tur uden for det lokalområde, hvor han har boet i fjorten år, mens Bo fremhæver, hvordan øvelser i ”det at kunne rejse sig og tale/læse op uden at rødme” umiddelbart hjælper på socialfobien. Via deltagelsen i selvhjælpsgrupperne bliver der m.a.o. arbejdet med de grundlæggende livsførelsesproblematikker, som hverken diagnosen eller medicinen kan afhjælpe.

En situationsbeskrivelse hos Jesper udfolder imidlertid, hvordan de diskurser, der står til rådighed i grupperne samtidig kredser omkring en almengørelse af medicinforbruget gennem brugernes ’selvekspertise’ på området. Da Jesper ikke udviser samme interesse for området, medfører det for ham tilnærmelsesvist en ’afvigerposition’ internt i gruppen:

”Men de andre [i selvhjælpsgruppen] kan jo ikke forstå, at jeg ikke interesserer mig for de der ting. Jeg spiser dem og er fuldstændig ligeglad med, hvad de hedder og hvorfor og hvordan og alt sådan noget. Og det forstår de slet ikke: ”Jamen, hvor er det godt, hvor er det hyggeligt”. De kan jo alt muligt omkring de der piller, forlæns og baglæns. Og jeg siger bare: ”Jeg aner ikke engang, hvad de hedder.” (Jesper)

Selvhjælpsgrupperne giver en indikation af at være 'for de mindre ressourcestærke' blandt andet på grund af den sammensætning af "afvigere", som Jesper fremhæver. Selvom den medicinske diskurs umiddelbart står i centrum, arbejdes i fællesskab med nogle mere grundlæggende sociale problematikker, som ikke her reduceres til den enkeltes "isolerede selvbearbejdning" af en "individuel lidelse".

3.4.2 Den sociale anerkendelse, accept og almengørelse af den biokemiske angstforklaring og medicinske behandling

Under sygeorloven oplever begge virksomhedsansatte et større engagement fra deres arbejdsplads. Begge bliver løbende kontaktet af både arbejdsgivere og kollegaer: Morten modtager gaver, og Susanne tilbydes, som tidligere påpeget, et terapiforløb hos en psykolog. For Mortens vedkommende beskrives chefens og kollegaernes hyppige opkald dog til tider som vanskelige. I takt med de mange opkald bliver han mere og mere usikker på, hvorvidt han er sikret sin stilling i virksomheden og ender med at konfrontere sin chef med sine tanker. I denne sammenhæng får han beskeden: "Jeg kunne være hjemme, lige så lang tid jeg ville. Bare sørge for at blive rask – det var det vigtigste."

Overordnet antydes, hvorledes de virksomhedsansatte via den arbejdsmæssige handlesammenhæng oplever forholdemåder, der understreger "det at blive rask" som et 'selvomsluttende' forhold. Det vil sige, at det er den angstdiagnosticerede, der primært står til ansvar for rehabiliteringen af angstlidelsen. Forholdemåderne kan af samme årsag siges at begrunde den biokemiske angstforklaringens gyldighed. Der tages begrænsede initiativer til at nå en forståelse af, hvorledes problematiske og stressende arbejdsforhold har indflydelse på angstsymptomerne. På mange måder fremstår forholdemåder og handlemåder i den arbejdsmarkedsmæssige handlesammenhæng alligevel meningsgivende for den enkelte. Med eksistensen af en mulig forklaringsramme og en tilsvarende løsningsmodel oplever både Susanne og Morten flere initiativer fra deres kollegaer. Det sættes indirekte i relation til, at angstlidelsen og sygefraværet nu umiddelbart kan forklares ud fra et mere specifikt og legitimt indhold. Susanne beskriver, hvordan den *medicinske* behandling bliver startskuddet til en god kollegas engagement, herunder hyppige telefonopkald:

"Så har jeg en rigtig god kollega her i huset, hvis bror faktisk er en af forskerne bag Cipramil. Så hun arrangerede lige en snak med ham, så jeg kunne spørge om en hel masse ting. Og han sagde: "Altså, det er ikke farligt, du skal bare blive ved, bare hold ud. Der går typisk op til et par måneder, før det virker. Bare bliv ved" (...). Jeg endte med at være sygemeldt i fem måneder, hvor hun ringede til mig nærmest dagligt for at høre, hvordan det gik. Og det var enormt fedt, at der endelig var nogen, som - nu havde det fået en drejning, nu hed det "psykisk", det hed "angst"-agtigt. Nu fik jeg medicin, og nu begyndte det sådan at - ja, hjælpe lidt, ik? Blive holdt lidt i hånden af en god kollega." (Susanne)

At fremlægge sin diagnose medvirker endvidere til, at visse personer i det kollegiale netværk giver udtryk for at være eller have været i en lignende situation. Angstsymptomerne fremstår dermed ikke fremmede for flere af kollegaernes vedkommende. Under sit sygeforløb bliver Morten indviet i

dette forhold, da han tager initiativ til et møde på virksomheden med henblik på at begrunde sit langvarige fravær fra arbejdspladsen. I den forbindelse står han åbent frem og fortæller om sin angstlidelse samt sit behandlingsforløb:

"Så det fortalte jeg dem, og efter jeg havde gjort det, så er der efterfølgende kommet folk til mig og sagt: "Morten" – også fra folk, jeg ikke troede, folk i 50'erne, der var meget ældre end mig. "Morten – her sidste år sad jeg ude på toilettet og troede, jeg skulle dø. Mit hjerte det hoppede over." (...) Og sådan er der kommet forskellige folk hen og fortalt om det, og det synes jeg, er lidt vildt". Der har været en sådan fem stykker, som har været henne ved mig og sagt, at de har forskellige grader af panikangst." (Morten)

De studerende er ligeledes åbne omkring deres diagnose og behandling. Begge informanter oplever i den forbindelse større fleksibilitet fra medstuderendes side og i Trines tilfælde ligeledes i forhold til sit studiejob som pædagogmedhjælper. Her tages særlige hensyn til hende, f.eks. er hun undtaget udflugter i perioder, hvor hun har det dårligt.

June ekspliciterer ydermere, hvordan det at præsentere sin diagnose bliver et strategisk redskab, når hun i al almindelighed skal forklare sig over for andre mennesker:

"Den diagnose brugte jeg da, når jeg skulle forklare mig over for folk – det var meget en strategi, jeg brugte, det var at fortælle folk meget åbent om det ene og alene for min egen skyld, fordi jeg netop har været en person, der har været enormt god til at gemme mig væk, så det var meget vigtigt for mig bare at være, altså, bare at være ærlig. Også over for folk som jeg ikke kendte." (June)

I familiemæssige handlesammenhænge og i forhold til venner og bekendte møder informanterne ligeledes bred accept og anerkendelse af diagnosen og behandlingen. Under den begyndende angst-udvikling giver stort set alle informanter udtryk for at opleve perspektiverende konflikter eller mangel på forståelse – særligt når det kommer til forældrenes forholdemåder: Morten beskriver sin fars reaktion: "Så sønnike, nu må du tage dig sammen" ud fra faderens påpegning af, at han aldrig selv har oplevet en sådan beskrevet tilstand i forbindelse med sin egen karriere. Jespers mors forholdemåde beskrives på tilsvarende måde; "Hun syntes, det var noget pjat", hvilket medvirker til, at Jesper ikke inddrager moderen yderligere i sit problem. Efter diagnosticeringen og behandlingen beskrives forældrene omvendt som mere forstående i kraft af det forhold, at angstsymptomerne kan begrundes *fysisk* og samtidig dæmpes via SSRI-behandlingen. Ifølge June skyldes hendes forældres lettelse i relation til diagnosticeringen, at de bedre kan forholde sig til den psykiatriske behandling end psykologisk terapi:

"I særdeleshed var min familie sådan lettede. Altså, i forhold til min familie har det ikke været sådan – Altså, der tror jeg, at det at være på medicin og det at være i psykiatrisk behandling er noget, de bedre kan forholde sig til end psykologhjælp for eksempel. Så der har jeg fået en – hvis man kan sige det på den måde – en positiv respons fra dem." (June)

Også blandt venner og bekendte er responsen i de fleste tilfælde positiv, hvilket illustreres i flg. citat:

"Så har jeg et par venner, som begge to arbejder i psykiatrien. Den ene er sygeplejerske og arbejder på en ungdomspsykiatrisk afdeling, en åben afdeling, og den anden, han er på en

lukket sikret psykiatrisk afdeling. Og de ved alt om medicin og alting. Så da jeg blev syg, der var det bare sådan: "Ja, det måtte jo komme. Altså, sådan som du har behandlet dig selv i alle de år, vi har kendt dig, der var det her sgu på tide. Hvad får du af medicin? Nå, fint nok. Pas på, når du trapper ud". Altså fuldstændig cool med det." (Susanne)

For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede betyder den medicinske behandling, at der til en vis grad rykkes ved de forholde- og handlemåder, der er med til at definere deres "afvigeridentitet" i forhold til omgivelserne. Således oplever Bo, at han med den medicinske behandling oplever en "større frihed" i forbindelse med at bevæge sig i det offentlige rum, som f.eks. kommer til udtryk på den måde, at naboerne nu kan henvende sig til ham, uden han oplever angstanfald. For Jesper betyder det, at hans irritation over sine livsomstændigheder mindskes, og at han, i det små, bliver mere udadvendt:

"Man bliver måske mere udadvendt – min mor kan mærke forskel på den måde – hun siger: "Har du nu ikke taget de piller igen?" Fordi hvis jeg begynder sådan at snerre eller et eller andet og et eller andet negativt [siger en negativ lyd]. Man kan godt sådan blive negativ, ik? Så kunne hun virkelig mærke på mig, når jeg ikke tager de piller. Så begynder jeg sådan at blive mere vred i det." (Jesper)

Overordnet antydes det, hvordan der forekommer et perspektivskift i informanternes omgivelser. Før diagnosticeringen og påbegyndelsen af SSRI-behandlingen har informanterne vanskeligt ved at forklare de diffuse kropslige symptomer over for familie, venner og kollegaer. Efterfølgende skabes imidlertid ændrede mulighedsbetingelser, i og med informanterne nu konkret kan udlægge, hvad der er årsag til deres symptomer, og hvordan symptomerne skal behandles. I praksis antydes, hvordan omgivelserne forholder sig mere forstående over for de angstdiagnosticeredes problematikker og i højere grad engagerer sig i deres sygdomsforløb, behandlingen m.m.

3.5 Den dialektiske relation mellem SSRI-behandlingens subjektive funktionalitet, behandlingsmæssige praksisbetingelser og forskellige parters forholdemåder

Den retrospektive begrundelsesanalyse belyser, hvordan et komplekst samspil af betingelser processult er med til at begrunde valget af medicinsk behandling på tværs af de handle-sammenhænge, som informanterne løbende indtræder i. Begrundelserne skabes af adskillige praksisbetingelser, herunder relaterede parters handlemåder og forholdemåder. Dette gælder først og fremmest den lægelige og psykiatriske behandlingspraksis men ligeledes arbejdspladsen, familiemedlemmer, bekendte samt rådgivende instanser har en legitimerende indflydelse. Endvidere spiller tilgængeligt informationsmateriale og oplysningskilder en understøttende rolle. De angstdiagnosticeredes handlegrunde og forholdemåder, som relaterer sig til alt fra ambitiøse og målrettede livsstrategier til det at være "afviger", forstærker og/eller begrunder det subjektivt meningsgivende ved dels den biokemiske angstklaring og dels den medicinske behandling. Det begrunnende perspektiv afspejler på mange måder en *dialektisk* forbundet relation mellem de angstdiagnosticeredes handlegrunde og selvformidling over for betingelser og forholdemåder sat af omgivelserne. Disse relationelle betragtninger afspejler, hvordan en angsttilgang med vægt på det

biokemiske forklaringsgrundlag og den medicinske behandling almengøres på mange forskelligartede måder, der, for den angstdiagnosticerede, gør medicinen *subjektiv funktionel*. Denne subjektive funktionalitet udspringer af en begrundelsesstruktur, der umiddelbart overskrider selve symptomdæmpningen.

Med højde for den medicinske symptomdæmning, der for flere informanternes vedkommende har en fysisk og psykisk begrundet, akut funktionalitet, opsummeres nedenfor, hvordan den subjektive funktionalitet relaterer sig til samspillet mellem betingelser i handlesammenhængene, den enkeltes 'selvbillede' samt subjektive livsstrategier.

Opsummeringen foretages blandt andet ud fra en betragtning af, hvad der for den oprindeligt 'medicinske' gør medicinen meningsgivende set ud fra begrundelsesstrukturer, der viderefremmer det samfundsmæssige mulighedsrum, som omslutter de angstdiagnosticeredes deltagelse i *sociale praksisser*, og som ikke nødvendigvis relaterer sig til *kroppen i sig selv*. Ud fra de begrundelsesanalytiske betragtninger mener vi at kunne konstatere tre hovedområder, som relaterer sig til diagnosen og medicinens subjektive funktionalitet.

I forhold til at begrunde/afklare forskellige livsførelsesproblematikker

Diagnosen virker umiddelbart selvafklarende og begrundende. Det gælder såvel de større livsførelseskonflikter som basale 'afvigelser', der har præget de angstdiagnosticeredes liv inden mødet med den professionelle praksis. For de virksomhedsansatte begrundes den *biokemiske* angstforklaring deres arbejdsrelaterede problemer, herunder den manglende evne til at håndtere et stort arbejdspress. Samtidig erstattes tidligere konflikter med behandlerens systemets "forløsning". For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede medvirker diagnosen yderligere afklarende på deres generelle sociale afvigelser i form af det at være 'enspænder' og 'social inkompetent'. På tværs af informantperspektiverne afklareres og understøttes diagnosen yderligere af problematikker såsom: Flyskræk, højdeskræk, stress, at have lidt af eksamensangst som ung, at have haft en livlig fantasi som barn, at have været mørkerød som barn osv.

I forhold til genoprettelse af livsførelsesstrategier eller basal normalisering

Udover den akutte symptomdæmning, der hjælper med at genoprette den basale livsførelse (søvn, appetit, bevægelse i det offentlige rum) medvirker den medicinske behandling til at kunne håndtere et bredt spektrum af livsførelsesstrategier: Opretholdelsen af sin position på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet, gennemførelse af meningsgivende interesser (at være bandmedlem) og planlagte begivenheder (et bryllup). For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede har medicinen en grundlæggende normaliserende effekt; friheden til at "kunne tale med naboen", mindskning af generel nervøsitet og mindskning af irritation samt behovsfølelse.

I forhold til social anerkendelse og almen accept af angstlidelsen

Diagnosticeringen og den medicinske behandling indebærer en social accept, som erstatter tidligere konflikter i omverdensforholdet. Man kan i højere grad forklare og begrunde ”uhensigtsmæssig adfærd” tilknyttet arbejdslivet, studiemiljøet eller den generelle livsførelse. Diagnosen medvirker på mange måder til anerkendende accept fra familiemedlemmer, kollegaer, venner og bekendte. Ligeledes forekommer positionen som ’angstdiagnosticeret i SSRI-behandling’ i flere tilfælde direkte dialogskabende og aftaburiserende; man får medicinske råd og vejledning af kollegaer og bekendte, bliver kontaktet af folk med lignende historier og får mulighed for at indgå i et forum med andre diagnosticerede (via selvhjælpsgrupper, net-chat osv.)

Afrunding

Samlet set har angstdiagnosen og den medicinske behandling adskillige subjektive funktioner for den angstdiagnosticerede i løbet af det relativt korte tidsrum, hvor diagnosticeringen finder sted, og behandlingen påbegyndes. I begrundelsesanalysen indfanges samtidig, hvordan valget af medicinsk behandling legitimeres via de angstdiagnosticeredes særegne ’subjektive mulighedsrum’, som udover at være præget af informanternes forskellige positioner og ståsteder, dækker over formidlingen af bredere institutionelle og samfundskontekstuelle betingelser konkret relateret til behandlings- og rådgivningspraksisserne. I kapitel 5 søger vi via et betingelses- og institutions-analytisk perspektiv at redegøre uddybende for disse sammenhænge, mens fokus i følgende kapitel hviler på en analytisk afdækning af de konfliktforhold, som præger de angstdiagnosticeredes livssituation som ’angstramte i SSRI-behandling’. I den forbindelse følger en problematisering af de betingelsesaspekter, som begrundelsesanalysen afdækker.

Kapitel 4. Behandlingens konsekvenser: Det konfliktfyldte spektrum mellem medicinens subjektive funktionalitet og kroppen som styringsgrundlag

I det følgende foretages en problematiserende gennemgang af de konfliktforhold og dilemmaer, som opstår i forbindelse med SSRI-behandlingen. I den sammenhæng fremhæves, hvorledes informanternes fremlægning af deres livssituation i et 'her og nu'-perspektiv antyder tre tværgående, fremanalyserede konfliktforhold. Disse tager afsæt i 'den medicinsk styrede krop', 'positionen som sygdomsoffer' og 'den biokemiske angstforståelses reductive forklaringskraft'.

I samspil med yderligere brug af den kritiske psykologis begrebssammenhænge klarlægges den problematiserende kerne, som konfliktforholdene kredser om; at handle *restriktivt* på den biokemiske angstforståelses præmisser, hvor den medicinske behandling er afgørende katalysator for ikke at handle 'mulighedsudvidende' eller 'selvforstående', men snarere 'medicinsk' og 'diagnostisk' almengørende. Her tages der højde for, hvordan den medicinsk styrede krop gøres til genstand for en problemforskydning af sociale problematikker: En række handlegrunde, der i første omgang relaterer sig til angstudviklingen som 'selvforskyldt/selvbetiget (i forhold til ikke at kunne leve op til omverdenens krav)', og som efterfølgende erstattes af forklaringen om for lav serotoninproduktion.

4.1 Integreerede konflikter og dilemmaer i de angstdiagnosticeredes 'her-og-nu'-perspektiv på deres livssituation

Fra de angstdiagnosticeredes perspektiv er deres livssituation på mange måder blevet forbedret i kraft af diagnosticeringens og SSRI-behandlingens subjektive funktionalitet. Som vi ser i det følgende, erstattes de retrospektive konflikter imidlertid af en række nye italesatte konflikter og dilemmaer samt mere 'skjulte' konflikter. Disse konflikter kredser i høj grad om den medicinske behandlings styring af *kroppen* som genstand for angsthåndtering. Dette fokus på angsthåndteringen medvirker til, at relationelle og sociale problematikker umiddelbart "træder i baggrunden", og som oftest forbliver uforløste. Begrundelsesanalysen indikerer ligeledes, via fortællerperspektivet, hvorledes den biokemiske angstforståelse integreres hos de angstdiagnosticerede forholdsvist proportionelt med det at handle *restriktivt* i krydsfeltet mellem selvsatte strategier og situerede omstændigheder. Særligt for de virksomhedsansatte og studerende bevirker målet om at opretholde deres arbejdsmarkedsmæssige eller uddannelsesmæssige position, at man gør det til sit "eget projekt" at håndtere problematikker vedrørende arbejdsopgaver og studieliv. Af samme årsag synes bl.a. sorg over dødsfald i familien at træde i baggrunden. Dette forhold er umiddelbart med til at begrunde, hvorfor de restriktive forholdemåder videreføres i behandlerpraksissen. Her gælder det, at man hurtigt tager diagnosen "på sig" og påbegynder

medicinsk behandling trods et medicinskeptisk udgangspunkt. De virksomhedsansattes kraftige symptomer begrundes hovedsagligt beslutningen om SSRI-behandling. Deres livsførelsesbeskrivelser viser imidlertid samtidig tegn på, hvorledes en fortløbende restriktiv handlemåde i de arbejdsmæssige handlesammenhænge har medvirket til at udløse/forstærke symptomerne. Konsekvensen af de tværgående restriktive handlemåder er, at de angstdiagnosticerede på mange måder går hen og bliver ét med diagnosen i den måde, de fortolker sig selv på - også selvom de får rettet op på den daglige livsførelse og opnår en mere "normaliseret" tilværelse.

De konflikter, der opstår efter påbegyndelsen af den medicinske behandling, har et komplekst tilsnit pga. dobbeltheden mellem det funktionelle og det problematiske ved diagnosens biokemiske forklaringskraft og SSRI-behandlingen. Afhængig af den enkeltes situerede perspektiv udfolder konflikterne sig mere eller mindre gennemtrængende og italesatte. Det står klart, at Morten og June, som har modtaget psykologhjælp, på flere områder synes at have opnået et større råderum over deres livsførelsesbetingelser fra et "her-og-nu-perspektiv". De griber umiddelbart uddannelsesmæssige og arbejdsmæssige betingelser på nye måder og sætter i højere grad grænser for, hvorvidt samspelet mellem deres præstationsorienterede 'selvbilleder' og situerede betingelser i uddannelse og arbejdsmæssige sammenhænge går hen og bliver styrende. Susanne, som har betalt for hyppige terapikonultationer hos en psykiater, har genvundet sin arbejdsevne og er startet op i en mere "skånsom" stilling på sin arbejdsplads. Trine "forhandler" ligeledes med sine omgivelser, når det drejer sig om relationer til venner og arbejdskolleger, men hun lader sig stadig presse af sit høje ambitionsniveau, samtidig med at hendes fars død stadig udgør et uforløst knudepunkt i tilværelsen. Jesper og Bo, der ikke har gennemgået et terapiforløb og har været længst tid i SSRI-behandling (henholdsvis to og fjorten år), slås med to forskellige hovedproblemstillinger: Den stadige sociale isolation og den medicinske "afhængighed" i form af nedtrapningssymptomer. Selvom disse betragtninger vidner om, at informanternes livssituation og positionelle betingelser differentierer, findes der tværgående elementer i perspektiverne. Disse tværgående elementer kredser om tre overordnede konfliktforhold, som gennemgås i det følgende.

4.1.1 'Den medicinsk styrede krop'

SSRI-behandlingen er en faktor, der umiddelbart øger informanternes frihedsgrader forstået på den måde, at den gør de angstdiagnosticerede i stand til at genoprette den daglige livsførelse og herigennem gennemføre konkrete aktiviteter som f.eks. et bryllup, uddannelsesaktiviteter, indkøb, almindelig daglig interaktion med andre mennesker osv. I takt med at informanterne umiddelbart bevæger sig mod en stigende oplevelse af 'normaliseret' adfærd, der betinger sig til opretholdelse af hverdagsaktiviteter og -begivenheder, opstår der imidlertid nye konfliktperspektiver. Dels påpeger flere informanter, at de gradvist oplever det, man kunne kalde en 'fremmedgjort kropslighed', dvs. oplevelsen af, at det er medicinen, der gør det muligt for dem at handle på bestemte

hensigtsmæssige, kontrollerede måder. Dels er der flere, der oplever voldsomme symptomer ved nedtrapning.

I begyndelsen af det medicinske behandlingsforløb giver flere informanter udtryk for at være i et dilemma mht. pilleforbruget, fordi de oplever voldsomme kropslige virkninger og derfor yderligere føler at miste kontrollen over deres krop. Som begrundelsesanalysen kaster lys over, opsøger de fleste rådgivning og oplysninger omkring bivirkninger, alternativ behandling til medicinsk behandling og fejlmedicinering. Via den professionelle praksis, rådgivningsinstanser og informationsmateriale afløses dilemmaerne delvist af et perspektivskift, hvor tilliden til den professionelle, betyder, at informanterne tager de professionelle erklæringer på sig. Herefter bliver medicinindtagelsen en mere eller mindre rutinepræget del af det cykliske hverdagsliv, hvor informanterne ligestiller den med f.eks. tandbørstning eller sammenligner deres medicinske situation med sukkersygepatienter, der får insulin. Oprindeligt dilemmafyldte refleksionsmåder, der inden for kortere og længere tidsperioder problematiserer den medicinske behandlings gavnlighed og konsekvenser (f. eks. associationer til filmen "Gøgereden" eller tvivl om bivirkninger), afløses gradvist af konsekvente, effektorienterede forholdemåder. Det synes her at være betydningsanordningen af forholdet mellem ens retrospektive situation (oplevelsen af en nedbrudt handleevne) og øget rådighed (at få genoprettet eller udviklet ens umiddelbare handleevne), der gør det meningsgivende at fortolke sig selv i lyset af den biokemiske angstforståelse og begribe den medicinske behandling som funktionel (Dreier:1993:114ff). Dette understøttes af det forhold, at den medicinske behandling stort set er den eneste reelle mulighedsbetingelse, som stilles til rådighed i behandlerpraksissen (hvilket tages op til analytisk diskussion i næste kapitel).

De nye konfliktperspektiver, som følger af medicineringen, vedrører bl.a. det komplekse i, at den "normaliserede" kropslighed og deraf sociale handleevne er afstedkommet af en 'medicinsk styring' af kroppen. Eksempelvis beskriver Susanne, at hun har svært ved at vurdere, hvornår der er tale om, at det er "hende selv", der gennemfører en given opgave, og hvornår der er tale om, at det er medicinen, der er den udslagsgivende faktor:

"Men jeg ville da gerne – jeg ville da godt vide, at det var mig, der var her f.eks. [i interviewsituationen]. Det er jeg jo os', men – ej, det er måske et dårligt eksempel, for det her ville ikke være en situation, hvor jeg var angst i. Men f.eks. hvis jeg var – hvis jeg holdt et foredrag – der var det meget rart at vide, hvor meget af det her, der var mig, og hvor meget af det her var medicinen, der bar mig." (Susanne)

Informanterne refererer overordnet til, hvordan de i forbindelse med forsøg på nedtrapning af SSRI-medicin oplever andre kropslige symptomer såsom, at "bangefølelsen" hurtigt vender tilbage, svimmelhed, sløvhed m.m. For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede er det primært den grundlæggende normaliseringsfølelse, der følger af medicinen, som stiller dem i et gennemgående dilemma mht. nedtrapning. Udover at Jesper oplever seponerings symptomer, forstærkes hans

begrundelse for at indgå i medicinsk behandling af hans mors forholdemåder. Hver gang han er ved at trappe ud, kommenterer hun, at han reagerer mere udfarende. For Bo gælder det, at han også af og til forsøger at trappe ud, men 'friheden til at være social' udgør det konstante dilemma, som subjektivt begrundet hans 14-årige behandlingsforløb. Dette dilemma er imidlertid blevet af erstattet af frygt for organskader, samtidig med at hans psykiater indikerer, at han "ganske givet skal tage medicin resten af livet":

"Og jeg har også forsøgt nogle gange at gå ned i dosis på 40 mg, men så kunne jeg så mærke, at så blev angsten stærkere – så gik jeg op igen på 55-60, men alligevel ville jeg gerne trappe langsomt ud af det. Men det er vanskeligt, meget vanskeligt – og NN, min psykiater, hun siger også, at jeg ganske givet skal tage medicin resten af livet." (Bo)

Trine, der har i sinde at fortsætte i behandlingen, til hun er færdig med sin uddannelse, kæmper med deciderede kropsligt betingede begrænsninger i form af en grundlæggende træthed, som indirekte sættes i relation til SSRI-behandlingen. På paradoksalt vis medvirker det til, at muligheden for at vedblive i arbejde – hvilken som udgangspunkt begrundet påbegyndelsen af SSRI-behandlingen – nu fremstår usikker:

"Men indimellem er jeg så træt, så træt, som jeg også forklarede min chef. Jeg var til en omsorgssamtale – eller en sygefraværssamtale. Som jeg sagde til hende: "Det gør så ondt i min krop fysisk, så træt kan jeg blive. Det kan også være medicinen" (...) Fordi hvis det handlede om tre måneder, hvor min arbejdsindsats var så meget nedsat, så var det måske ikke noget problem, men nu, hvor det er helt frem til juni måned, så syntes de alligevel, at det blev så stort et problem, at de ville overveje – altså, hvis det fortsatte – om de så skulle fyre mig." (Trine)

Det fremgår således overordnet, hvordan forhenværende konfliktforhold, der angår relationen mellem kontrol, kropslighed og handleevne substitueres med nye konflikter, som blandt andet relaterer sig til 'den medicinsk styrede krop'.

4.1.2 'Positionen som sygdomsoffer'

Der ligger en gensidigt understøttende dobbelthed i diagnosen og SSRI-behandlingens legitimitet i omgivelserne. På den ene side oplever informanterne, at deres kropslige symptomer tages alvorligt, og at det ikke er "dem selv", der kan tildeles ansvaret for, at "det gik galt", eller at "angsten brød ud i fuldt flor". På den anden side indebærer diagnosen, at de anbringes i en 'sygdomsposition' med angstlidelsen som selvfortolket begrundelse for mulighedsbegrænsende handleorienteringer. Ligeledes oplever de angstdiagnosticerede i sociale sammenhænge at blive fortolket som 'sygdomsofre' på generelle måder, der står i konflikt med den enkeltes 'selvbillede' og/eller 'livsstrategier'.

De virksomhedsansattes tilbagevendende på arbejdsmarkedet er karakteriseret ved en sådan positionering. Med udgangspunkt i angstdiagnosen bliver de omrokket og placeres i mere "skånsomme" stillinger, hvor der tages højde for deres angstlidelse. Dermed skabes umiddelbart bedre harmoni mellem de arbejdsmæssige betingelser og informanternes nye perspektiver på

'meningsgivende arbejde', hvor begrænsede arbejdstider, overskuelige arbejdsmængder, lyst til arbejdsopgaver osv. prioriteres over selvpræstation og karriereorientering.

Særligt i Susannes tilfælde synes positionen som "angstlidende" og hendes nye krav til sin arbejdsmæssige handlesammenhæng dog samtidig at reducere hendes reelle valgmuligheder. På den ene side beklager hendes chef, hvad han "har udsat hende" for, på den anden side tildeles hun et midlertidigt job med afskedigelse i vente. På grund af diagnosen bliver Susanne altså indirekte fortolket og lader sig fortolke som "problemet", der ikke kan leve op til virksomhedens almene arbejdsmæssige betingelser. Morten giver derimod udtryk for at føle sig mere sikker i sin nye jobfunktion og henviser bl.a. til samtaler med sin chef hver 14. dag, hvor han får vendt sin situation. Hertil skal tilføjes, at han i højere grad end Susanne synes at anlægge et mere modsætningsfyldt 'her-og-nu'-perspektiv på sin reelle jobsituation, hvilket er en problemstilling, vi senere vender tilbage til.

De studerende er de informanter, der kommer med mest tydelige og ekspliciterede refleksioner over de identitetsmæssige konsekvenser, angstdiagnosen afstedkommer. Som det fremgår af begrundelsesanalysen, indikerer Trine eksempelvis, hvordan hun oprindeligt ikke ønsker at tage medicin pga. betydningstillæggelsen af det "at give fortabt". Hendes generelle opfattelse er dog – at hun nu som angstdiagnosticeret – må se 'sygdomsidentiteten' i øjnene som et mere eller mindre givent livsvilkår:

"Jeg var så bange for, at det [angsten] skulle blive til min identitet (...) og det vil det blive, det kan ikke undgås, altså, sådan vil det være resten af mit liv." (Trine)

Positionen som 'sygdomsoffer' forstærkes, ifølge Trine, af omgivelserne, herunder i høj grad af hendes arbejdsgivers forholdemåde. I tilfælde hvor hun haft almene fysiske sygdomme, såsom underlivsbetændelse og en dårlig visdomstand, har chefen gentagne gange fortolket sygdomstilstandene som angstrelaterede og spurgt ind til, om problemerne i en eller forstand udspringer af noget "psykisk". Af samme årsag forsøger hun socialt at modarbejde 'sygdomsidentiteten' men knytter samtidig store dele af sine handlinger til angstlidelsen, hvilket tilsyneladende fremmer hendes position som sygdomsoffer. Heriblandt nævner hun, hvordan hun, med begrundelse i angstlidelsens stressfremkaldelse, "rydder op" i sociale bekendtskaber for at koncentrere sig om studie og arbejde. June, der italesætter sig selv som et 'OCD-grænsetilfælde' indikerer også, hvordan hun bruger diagnosen som 'strategisk begrundelse' for at sætte grænser. Samtidig oplever hun på det familiemæssige plan, hvorledes diagnosen som OCD-ramt rykker fokus fra familierelaterede problemstillinger på måder, der får hendes *fysiske* lidelse til at fremtræde som primære problem.

For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede er diagnosen ikke bare med til at forklare deres afvigelser men står samtidig i konflikt med den grundlæggende mulighed for at overskride deres 'afvigerposition'. I deres refleksioner over hvorfor de ikke er genindtrådt på arbejdsmarkedet, er det positionen som 'angstlidende', der udgør det selvfortolkende led. Bo nævner, hvordan angstens kemi forårsager et grundlæggende koncentrationsbesvær, som i de mange år, hvor han har været på overførelsesindkomster, har udgjort en hindring for at påbegynde en videregående uddannelse, hvilket han ellers har haft interesse for. Jesper beskriver ligeledes, hvordan hans sygdomsangst gør det umuligt for ham at deltage på arbejdsmarkedet, hvilket han begrundet med, at han ikke har kontrol over, hvad han "indånder af kemikalier". Dette er med til at begrunde, hvorfor han har "nok" i at være ansat som vicevært i den ejendom, hvor han bor.

4.1.3 'Den biokemiske angstforståelses reduktive forklaringskraft'

Det mest komplekse konfliktforhold relaterer sig til de socialt negligerede problemstillinger, som følger af det diagnosticerende udgangspunkt og SSRI-behandlingen. På mange måder kommer det til udtryk, hvordan informanterne i nye eller uændrede udgaver slås med positionelle konflikter tilknyttet livsførelsen.

De virksomhedsansattes fortællinger antyder en overordnet konflikt mellem det at blive betegnet og betegne sig selv som generelt "angstlidende", at ende i medicinsk behandling og det forhold, at de refererer til, hvorledes deres angstfremkaldende forholdemåder og handlemåder relaterer sig til betingelser på arbejdsmarkedet.

I begge tilfælde koncentrerer den arbejdsmæssige problematik om den *enkeltes* manglende handleevne forårsaget af angsten. Med Susannes tilbagevenden i en midlertidig ansættelse signaleres det fra arbejdspladsens side, at problemdefinitionen, angstudviklingen og håndteringen hænger tæt sammen med Susanne *selv*. Ligeledes indikeres det, hvordan virksomheden umiddelbart fungerer under betingelser, der ikke rummer fleksibilitet i forhold til at skabe nogle stillingsmæssige rammer, der er forenelige med Susannes ændrede forholdemåder. De ændrede forholdemåder hænger tæt sammen med, hvordan tidligere erfaringer, i samspil med angstdiagnosen, har gjort, at hun ikke ønsker at varetage arbejdsopgaver, som hun ikke er fortrolig med.

Susannes kæreste stiller sig umiddelbart kritisk over for den midlertidige ansættelse. Han påpeger det problematiske i, at Susanne mener at stå "til ansvar" for sine betingelser og henviser til sammenhængen mellem uhensigtsmæssige arbejdsvilkår og angstudviklingen:

"At jeg så ikke fik min fastansættelse, da jeg kom tilbage men kun et midlertidigt job, det har min mand så også været enormt frustreret over, at de hælder mig ud. Og igen synes jeg, at jeg har gode vilkår (...). Det, synes jeg, er fint. Men Nikolaj, han er meget – han er meget mere: "Kraftedeme – De [Arbejdspladsen] har ødelagt dig". Sådan ser jeg det ikke. Men jeg synes da, at det er sødt, at han siger det et eller andet sted. Det er fair nok, at han

har det sådan. Sådan er han. Men nej, jeg har det meget sådan: Det er mit ansvar.”
(Susanne)

Citatet afspejler, hvordan Susanne på ny understreger angstlidelsen som et selvansvarliggjort forhold, hvilket medvirker til, at hendes handlingsorienteringer grundlæggende skifter karakter. Hun har i forbindelse med jobsøgning været til tre samtaler, som hun efterfølgende har takket nej til pga. af usikkerhed angående stillingskravene og arbejdsmiljøet. I denne sammenhæng tilføjer hun:

”Jeg vil være på hjemmebane, jeg vil have et job, hvor jeg skal beskæftige mig med noget, jeg ved noget om. Som jeg ved, jeg er god til.(...) Det er altafgørende, og hvis det ikke er sådan, så vil jeg ikke have det. Så vil jeg hellere være arbejdsløs. Sådan har jeg det faktisk. Det er jeg meget afklaret med.” (Susanne)

Citatet illustrerer et radikalt perspektivskift; fra at have været gennemgående karriereorienteret, anser Susanne arbejdsløsheden som eneste mulighedsbetingelse, såfremt arbejdsmarkedet ikke kan rumme hendes behov.

Morten forhandler i højere grad med de betingelser, der sættes af hans nye chef og kollegaer. Der bliver i den forbindelse taget hensyn til Mortens situation som ’angstlidende’, hvilket tilsyneladende indebærer en forholdsvis normal arbejdsuge uden for meget overarbejde. Problematikken, som er meget lig Susannes, men som vanskeligere lader sig skimte i Mortens perspektiv, er imidlertid, at det er *angstlidelsen*, der udgør det centrale grundlag for ændrede arbejdsbetingelser. Fra et her-og-nu-perspektiv problematiserer Morten ikke eksplicit arbejdspladsens generelle betingelser såsom lange arbejdsdage eller presserende deadlines, selvom hans beskrivelser af angstudviklingen implicit relateres til mængden af ansvarsopgaver, opkald uden for arbejdstiden osv. og til trods for, at han under sit sygdomsforløb er bange for at blive fyret pga. chefens løbende opkald. På paradoksalt vis synes han i et ’her-og-nu’-perspektiv at tillægge arbejdsmiljøets selvansvar en positiv betydning med henvisning til, at det rydder ud i den svage medarbejderstab bl.a. via såkaldte rating-systemer⁴⁶. Ligeledes understreger han, at det ikke er et ”hårdt firma” til trods for tidligere erfaringer og de generelle beskrivelser af virksomhedens præstationsorienterede miljø:

”Det er det, der er fedt ved X – det er et sted, hvor du kan udvikle dig. Altså, der er mange, der tænker: X, er det ikke sådan et hårdt firma, men det er det da ikke (...) det er jo ikke en social foranstaltning. Det er ikke meningen, at man skal have folk, der sidder ovre i et hjørne og får løn hele tiden, og så laver de ikke noget. Det er ikke meningen. Det kan godt være, det er lidt hårdt og sådan noget, men det, synes jeg bare ikke, er meningen. Du skal yde noget, og hvis du yder noget, så giver de også dig noget tilbage, og så får du det godt. Det er ikke sådan nogle skånejobs eller sådan noget. Hvis du er helt ude i skoven og sådan noget – så kan du ikke være i det firma. Så er det bare ærgerligt.” (Morten)

I lighed med Susannes beskrivelser synes der at være en konflikt mellem betydningstillæggelsen af de arbejdsmæssige betingelser og det forhold, at han påbegynder et psykiatrisk forløb, hvor de kropslige symptomer gøres til genstand for undersøgelser, psykiatrisk og SSRI-behandling.

⁴⁶ Ratingsystem: På Mortens arbejde bedømmes medarbejderne løbende på en skala fra 1-4.

Beskrivelserne antyder en "ikke-italetat problemforskydning", der dialektisk begrundes ud fra samspillet mellem egne forholdemåder (at begribe det stigende arbejdspress som 'selvbetinget' og deraf angstsymptomerne som 'selvforskyldte', behandlernes forholdemåder (at reducere angstsymptomerne til en biokemisk årsagsforklaring) og arbejdspladsens forholdemåder (at anse rehabiliteringen som den enkeltes eget ansvar uden problematisering af eksisterende arbejdsforhold).

Heller ikke det forhold at Mortens mormor dør på det tidspunkt, hvor angstudviklingen begynder, sættes i relation hertil. Tværtimod er det en omstændighed, som kun glimtvis dukker op i Mortens fortælling. Det er ikke gennemgående et tema, han forholder sig, selvom han udtrykker et stort tab. En af de studerende, Trine, ekspliciterer ligefrem, hvordan hun via behandlingsforløbet har erkendt, at angstudviklingen ikke skyldes faderens død men snarere er kemisk forårsaget. Hun er dog stadig overbevist om, at der er nogle grundlæggende forhold, der skal "bearbejdes". Dette menes dog først muligt efter afsluttet SSRI-behandling med henvisning til psykiaterens påpegning af, at det vil være stressfremkaldende for Trine at gå ind og bearbejde nogle grundlæggende og retrospektive problematikker, som f.eks. faderens død.

"Og når jeg SÅ er færdig med det [uddannelsen] og er færdig med medicinen og alt det, jamen, så ved jeg, at SÅ kan jeg gå ind, og så kan jeg gå til en psykolog, og så kan jeg ligesom begynde at bearbejde nogle ting, ik? [vedrørende faderens død]... Men netop for ikke at udsætte mig for større stress, end jeg er i forvejen, så det det handler om, det er bare at få mit stressniveau ned, så jeg kunne begynde at fungere igen. Det er så aldrig kommet helt ned, og det blev også slemt her, efter jeg startede på arbejde." (Trine)

Trines krav og stressniveau bliver dog ikke reduceret af at være på medicinsk behandling; tværtimod beskriver hun tilbagevendende stressanfald. Blandt andet fremhæver hun flere steder i sin fortælling, hvordan ændringer i studie- og uddannelsesstrukturen i kombination med usikkerhed om, hvorvidt arbejdspladsen på et tidspunkt fyrer hende pga. af omfanget af fravær, konstant sætter hende i stressende og angstprovokerende situationer. Forholdet mellem oprindelige begrundelser for medicinen, den faktiske situation og hendes påpegning af at mangle terapi i forbindelse med faderens død fastlåser hende på mange måder i en konflikt mellem egne mål og givne betingelser. June, derimod, synes i kraft af sit terapiforløb at skære ned for selvsatte krav. Angstlidelsen har, ifølge hende selv, medvirket til erkendelsen af ikke at kunne bruge sin uddannelse i et fremtidigt job. Hun forventer derimod kun at kunne håndtere en deltidsstilling, hvilket, i lighed med andre informanter, begrundes ud fra relationen mellem angstsymptomer og *stressende* situationer.

For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede knytter der sig nogle andre sociale og relationelle konfliktforhold. Som tidligere nævnt konstaterer Jesper, at han på mange måder adskiller sig fra omgivelserne, at han i en eller anden forstand er "mærkelig" eller "unormal". SSRI-behandlingen gør, at han til dels kan opretholde den daglige livsførelse, men behandlingen ændrer imidlertid ikke

på hans grundlæggende ”jeg-omverdens”- forhold. Han tolker således fortsat sig selv ud fra idealerne om at være ’normal’/’unormal’, f.eks. i form af det at have et ”rigtigt arbejde” og at ”være i et parforhold”. Bortset fra arbejdet som vicevært er hans sociale berøringsflade særdeles begrænset, og han har fortsat store problemer med at færdes i det offentlige rum, hvorfor hans ugentlige deltagelse i selvhjælpsgruppen er af afgørende betydning. I forlængelse heraf kommer han med modsatrettede perspektiver på gavnligheden af sit behandlingsforløb, hvilket antyder en grundlæggende konflikt mellem ’den biokemiske angstforklarings’ reduktion af behandlingsmuligheder og de egentlige livsførelsesforhold, han ønsker at bryde/overskride. Her er det særligt den grundlæggende problematik ved at være ”39 år og aldrig have haft en kæreste trods opmærksomhed fra det andet køn”, der får ham til at anlægge et kritisk perspektiv på de begrænsede handlemuligheder, behandlersystemet udstikker. Han efterlyser her muligheden for terapeutisk hjælp, da medicinen i højere grad får ham til affinde sig med sin aktuelle situation frem for at bryde med den. Og alligevel konkluderer han andetsteds terapi som værende irrelevant i sit konkrete tilfælde med baggrund i den psykiatriske angstforståelse, der handler om for lav serotoninproduktion. Denne forklaring medvirker på mange måder til en handlingsmæssig passiverende forholdemåde over for sine eksisterende livsbetingelser:

”Men jeg er i hvert fald glad for de der piller. Det er fan’me... fordi...man kan ikke snakke sig ud af det, jeg kan jo sidde dernede og ævle. Jeg kan gå til psykolog og alt muligt pis, og det hjælper ikke en skid noget af det, vel? Fordi det er jo et eller andet kemisk oppe i hovedet, det er galt, ik? Og så ved jeg ikke...det er en eller anden sammenblanding, der er jo stort set ingen, der ved særlig meget om det, når det kommer til stykket. Men kort og godt så kan man jo sige, at egentligt så er det jo et lorteliv, ik?” (Jesper)

Selvom Jesper, ved at have indsat sig selv som vicevært i ejendommen og ved at deltage i en af Angstforeningens selvhjælpsgrupper, har udviklet nogle ”overlevelsese- og handleteknikker”, eksisterer der stadigvæk nogle grundlæggende socialt forankrede problematikker, som forbliver uforløste med den medicinske behandling. Noget tilsvarende gør sig gældende for Bo. Hans betydningsstillæggelse af den medicinske behandling sættes konstant lig ”frihed til at kunne være mindre nervøs i sociale sammenhænge”, men han har samtidig i løbet af sit 14-årige behandlingsforløb været arbejdsløs og primært holdt sig inden for rammerne af ”hjemmet”. Hans ”sociale frihed” har derfor primært begrænset sig til social deltagelse i familien og i Angstforeningens selvhjælpsgruppe. Selvom Bo giver udtryk for, at en dårlig barndom er skyld i hans nuværende livssituation, ser han det umiddelbart som et fyldestgørende grundvilkår at være på medicin og henviser til, hvordan barndommen som en ydre omstændighed har påvirket hans hjernefunktion. Han reflekterer i den forbindelse over, at kognitiv terapi kunne være gavnlig, såfremt han var i besiddelse af et større økonomisk råderum, men legitimerer de eksisterende betingelser med ordene: ”Jeg har læst mig til, at medicin og terapi virker lige godt”.

4.2 Problematiserende aspekter ved det videnskabelige fokus på den biokemiske forklaringskraft og SSRI-behandlingen

De angstdiagnosticeredes subjektive beskrivelser af og refleksioner over livsforløbet fra angst-udviklingens begyndelse til deres "her-og-nu"-perspektiver på deres livssituation påpeger væsentlige problemstillinger, som står i konflikt med SSRI-behandlingens funktionelle og meningsgivende aspekter. Sammenstillingen af de begrundelsesanalytiske dimensioner og konfliktdimensionerne udtrykker mere eller mindre ekspliciterede eksempler på problemforskydninger af arbejds-, uddannelses-, sorg-, stress-, og marginaliseringsrelaterede problematikker. Problemforskydningen hænger i praksis tæt sammen med de "objektive betingelser", der stilles til rådighed i behandlingsforløbet, og som ligeledes viser sig i den information, informanterne gør brug af. Formidlingsprocesserne både inden og uden for læge- og psykiatripraksissen skaber en sygdomsfortolkning, der koncentrerer sig om den *enkeltes* problematiske væren – og den kropslige helbredelse. Angstlidelsen går hen og tager form af en dekontekstualiseret størrelse, som gør det til den diagnosticeredes egen opgave at orientere sig ud af, selvom oprindelige og nye konflikter relaterer sig til den enkeltes deltagelse i de forskellige handlesammenhænge (Dreier 1993:137).

4.2.1 Problematisering af diagnosens definitions karakter

Når man følger subjektperspektivet, er det umiddelbart en svær problematik at anlægge et kritisk perspektiv på diagnosen og den medicinske behandlings reductive karakter pga. forbindelsen til angstlidelsens stærke kropslige symptomer og den nedbrudte handleevne. Vi ser netop, hvordan angstens fysiske tilsynskomst i sig selv gør det meningsgivende og nærliggende at tilegne sig den behandlingsmæssige foreliggende forklaring og i samme ombæring at se det som ens eneste reelle mulighedsbetingelse at påbegynde medicinsk behandling. Fordi informanterne samtidig personligt *har* erfaret de diagnostiske symptomer, antyder konfliktforholdene heller ingen klargjorte eksempler på en problematisering af det medicinske behandlingsforløb men koncentrerer sig snarere om de dilemmaer og paradokser, der udspringer heraf.

Det fremgår ikke desto mindre, hvor stor betydning en standardiseret diagnose får for den diagnosticeredes livsførelse og hvilke handlingmæssige begrænsninger, den professionelle praksis sætter for den angstdiagnosticerede. Via behandlingspraksissen reduceres angstudviklingens årsager til et 'kropsligt selvforhold', der i høj grad begrunder begrænsende handlemåder, samtidig med at oprindelige problematikker stadig udgør en del af de angstdiagnosticerede livsførelsessammenhænge. Man fortolkes i kraft af lidelsen, man fortolker sig selv i kraft af lidelsen og begrunder ad denne vej passiverede og/eller ændrede forholdemåder i form af opgør med sine oprindelige mål i relation til arbejdsmarkedet (Susanne og June), oplever periodevis frygt for firing (Morten og Trine) eller trækker sig konsekvent tilbage fra arbejdsmarkedet (Bo og Jesper). Her er det en væsentlig pointe, at nogle af de studerende og virksomhedsansatte ændrer deres oprindelige livsstrategiske idealer på måder, der forekommer subjektiv meningsgivende i den forstand, at man, i

en form for afklarende ”selverkendelsesproces”, problematiserer oprindelige karrieremæssige, stressfremkaldende mål. Problemet er her, at det primært er i kraft af *selvfortolkning* formet af den psykiske lidelse, dvs. ens personlige afvigelser, der medfører perspektivskiftet. I Junes og Susannes tilfælde indebærer dette forhold en fremtidig intention om perifer eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet trods deres akademiske baggrund. Det at *erkende* de forudgående angstfremkaldende konflikters relation til problematiske livsførelsessammenhænge, hvor vekselvirkningen mellem selvsatte krav og reelle praksisbetingelser er først en mulighed, så snart *lidelsen* bliver en handlepræmis. Med den præmis hører ligeledes præmissen som ’sygdomsoffer’, hvilket for flertallet af informanterne bliver en form for ’handlingsbegrundende identitet’ i forhold til både pårørende, bekendte, kollegaer osv. Ad denne vej virker diagnosticeringen – pga. af dens snævre kropslige fokus - som en barriere for at forstå det ’alment betingede’ ved de konfliktfyldte handlesammenhænge eller generelle livsførelsesproblematikker (hårdt arbejds- og studiemiljø, almen sorg ved familiemæssigt dødsfald, social isolation og afvigerfølelse). Disse almene betingelser og generelle problematikker, som overskrider den enkeltes personlige råderum ved i høj grad at referere til kontekstuel betingede aspekter, fremstår af sekundær betydning i mødet med behandlerpraksissen. I stedet behandles den kropslige afvigelse med øje for medicinsk helbredelse, hvilket medvirker til, at den angstdiagnosticeredes muligheder ”aflåses” i et sygdomsfokus, der forhindrer en begribelse af angstlidelsen ud fra en handlingsorienteret optik. Den angstdiagnosticerede forlader behandlingspraksissen uden forudsætning for eller midler til at nå til en refleksiv afvejning af sine omstændigheder. Eksempelvis i forhold til de virksomhedsansattes muligheder for at nå til selvforståelse via arbejdsmarkedsparterne i et *ligebyrdigt* forhold – hvor arbejdsbetingelser problematiseres med udgangspunkt i en problemløsningsorienteret dialog, der ikke stiller dem i en mere eller mindre *afvigende* sygdomsposition (med begrundelse i den tætte relation mellem stress og angstudvikling).

Diagnoseproblematikken må på ingen måde gøres til et ansvarsforhold for den professionelle praktiker (lægen/psykiateren) *alene*. Lige såvel som den angstdiagnosticerede omslutes af en række begrænsende betingelser i relation til diagnosestillingen, er den professionelle en del af en større institutionel sammenhæng, hvor diagnosticeringen udgør en mere eller mindre given præmis for den professionelle i vedkommendes varetagelse af patienten. Således skriver Dreier:

”Diagnosticeringen har primært den funktion at være en foranstaltning til at forvalte og aflægge regnskab for den udøvende behandlingspraksis udadtil, så den fremstår som en fagligt ansvarlig og pålidelig affære.” (Dreier 1993:137)

Diagnosticeringen bærer m.a.o. karakter af en ’objektiv’ formidlingsinstans, der katalyserer professionel ansvarlighed og pålidelighed i den professionelles forhold til sin klient. I denne sammenhæng kommer Dreier med den vigtige pointe, at diagnosen i sig selv hverken afspejler de

institutionelle sammenhænge, som behandleren er en del af, ligesom den heller ikke tager højde for de handlesammenhænge, der, for klienten, medvirker til udviklingen af den psykiske lidelse. Sådanne 'lukkede' sygdomsbegreber medfører således også begrænsede behandlingsmuligheder og -orienteringer og repræsenterer derved på flere områder de 'lukkede' institutioner, som behandlerne er underkastede. På mange måder illustreres disse sammenhænge i begrundelsesanalysen. Informantbeskrivelserne vidner om, hvordan angstdiagnosen medfører ensidige offentlige behandlingsmuligheder for den enkelte. Som påpeget oplever flere informanter – der som udgangspunkt er medicinkritiske – hvorledes den medicinske behandling udgør deres eneste reelle mulighedsbetingelse i mødet med den professionelle praksis. Dette er dog ikke blot en betingelse, patienten er underkastet men fremstår ligeledes som en given begrænset betingelse for den alment praktiserende læge, hvilket er en betragtning, som uddybes i den efterfølgende institutionsanalyse. Endvidere fremhæves det i begrundelsesanalysen, hvordan visse informanter stiller krav om en decideret diagnoseafklaring og "ikke bare en stresskonstatering", samtidig med at akut behandling udgør et subjektivt behov for at få genoprettet ens fysiske funktionsevne. Aspekter, der netop viser forbindelsen mellem diagnosticering og tillid, og som samtidig medfører konflikter i læge-patientforholdet, så længe diagnosticeringen ikke er givet – her er det lige så vel den professionelle, der stilles over for patientinteresser som betingelse i handlesammenhængen.

Disse betingende udgangspunkter er med til etablere et mulighedsrum for de forskellige parter, hvor diagnosen og den medicinske behandling står centralt. Vi ser her, hvordan spørgsmålet om den "rette behandling" præges af forskellige *medicinske* forholdemåder mellem den lægelige og psykiatriske praksis, hvilket skaber tvivl hos den enkelte. Ydermere gives enkelte eksempler på, hvordan patienter rådgives sporadisk af læger, som de ikke har haft personlig kontakt til eksempelvis per telefon med henvisning til at blive sat op i doser. Det fremgår på den måde, hvordan den standardiserede angstdiagnose fremtræder i en "standardiseret medicintilgang", hvori den enkeltes personlige ståsted og livsomstændigheder går hen og bliver af mere underordnet karakter. De langsigtede konsekvenser illustreres via konfliktforholdene – flere af de angstdiagnosticerede kan siges at ende med at leve i angstlidelsen ved at denne anskues som en grundliggende præmis for deres livsorienteringer.

4.2.2 Angstlidelsen som begrundelse for ingen eller en perifer deltagelse på det ordinære arbejdsmarked

For de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede omtales angstdiagnosen som den elementære årsag til deres fratrædelse fra det ordinære arbejdsmarked. Dette forhold udfolder de disintegrerende mekanismer, som diagnosticeringen og SSRI-behandlingen medfører: At være overladt til sig selv inden for rammerne af den "huslige lokalitet" sættes i en direkte betydningsrelation til følelsen af "personlig frihed" over for det at kunne beherske angsten på et basalt plan. Angstdiagnosen tager form som en personlig *strategi*, hvorfra man via behandlingssystemet oplever medhold i sit afvigerstandpunkt

f.eks. gennem psykiaterens passiverende forholdemåder. SSRI-behandlingen alene synes både for de pågældende informanter som for andre parter 'tilstrækkelig' set i lyset af den angstlidelsens biokemiske årsagsforståelse, selvom det mulighedsrum, som skabes for de ikke-arbejdsmarkeds-tilknyttede, så at sige cementerer dem i deres 'sociale isolation'.

I rapporten "*Sygeliggørende og sygdomsfremkaldende træk i dansk socialpolitik*" fra 2002 klarlægges, hvordan en række undersøgelser foretaget af Sociologisk Analyse viser en tæt forbindelse mellem ledighed, eksistentielle/psykiske kriser og passiverende forholdemåder hos praktikere i socialforvaltninger. Rapporten peger blandt andet på, hvordan klienten bruger en stillet sygdomsdiagnose som "strategi" til at undgå arbejdsmarkedet, hvilket afstedkommer en sygeliggørelsesproces, som binder an til forholdet mellem klient, læge og sagsbehandler. Sygdomsdiagnosen udgør grundlaget for at sige fra over for arbejdsmarkedet, og denne distance til arbejdsmarkedet udvikles og forstærkes i mødet med socialforvaltningen. I rapporten fremhæves dels den kroniske sygdomskrise og de marginaliseringstendenser, som forløbet udmønter sig i for klientens vedkommende og dels det samfundsproblematisk ledighedsaspekt, som sygeliggørelsen fremmer. Informantbeskrivelserne i nærværende undersøgelse viser tegn på denne problemstilling, som først og fremmest kommer til udtryk hos de ikke-arbejdsmarkeds-tilknyttede – hvis positionelle og stærkt afgrænsede råderum reproduceres via behandlerens systemet. Susanne og Junes perspektiver illustrerer dog ligeledes, hvordan angstlidelsen bliver vendepunktet til at se sit fremtidige mulighedsrum som værende udgjort af perifer arbejdsmarkedstilknytning til trods for høje uddannelseskvalifikationer. Eksempelvis ser Susanne det som ideelt at blive "hjemmegående terapeut", mens June har til hensigt at opprioritere sine musikalske egenskaber og giver udtryk for, at hun i sit fremtidige arbejdsliv kun vil besidde en deltidsstilling. Som tidligere nævnt er det selve angstlidelsen, der i interviewsituationen begrundes dette standpunkt. Det indikerer den legitimerende sammenhæng mellem det at have en sygdom og ad denne vej "skrue ned" for sit ambitionsniveau og skabe sig selv arbejdsmarkedsperifere mål via "sygdomsidentiteten".

Ole Dreier formulerer, med henvisning til Holzkamp, hvorledes en mulighedsudvidende handleevne og den subjektive rådighed over objektive betingelser øges i den dialektiske relation til *social integration* (Dreier 1993:111). Dette indebærer blandt andet, at man gør sine omverdensrelationer mere sikre som en del af sin selverkendelses- og selvforståelsesproces. Vi ser modsat, hvordan angstlidelsen med begrundelse i diagnosen bliver omdrejningspunktet til at gøre op med dele af sit sociale netværk (f.eks. Trines nedprioritering af vennekredsen), at opleve passiverende familiemæssige forholdemåder (f.eks. Junes syn på sine forældres forholdemåder), at møde disintegrerende modstand fra arbejdspladsen (f.eks. Susannes midlertidige ansættelse) eller forstærket social isolation (Bo og Jesper).

4.2.3 Den uafklarede relation mellem stress, selvansvarliggjorte forholdemåder og angstudvikling

Som tidligere påpeget udgør én af hovedproblematikkerne for informanterne den mere eller mindre åbenlyse sammenhæng mellem stress og angstsymptomer. Manglen på stresshåndtering går via diagnosticeringen hånd i hånd med en *sygdomsfiksering*, således at de stressrelaterede problematikker forklares med udgangspunkt i angsten – og ikke omvendt: At stressende livsførelsesproblematikker ses som udslagsgivende for, at man *ender* i angst. Dvs. at den *personificerede* kropslighed gøres til forstyrrelsen, der via medicin skal *tilpasses* ydre omstændigheder. Informanten Trine, der ikke blot anskuer det at gennemføre sin uddannelse som sin vigtigste livsprioritering men som ligefrem ser, at ”alt under karakteren 10 er en personlig fiasko”, henviser samtidig til, at hun ikke trapper ned med medicinen, før hun har færdiggjort sin uddannelse. Dette forhold illustrerer, hvordan medicinen får en vigtig funktion i forbindelse med at opretholde såkaldte præstationsorienterede strategier. Som det fremgår af de fremanalyserede konfliktforhold, oplever hun i praksis en række modsætningsfyldte, stressrelaterede dilemmaer under SSRI-behandlingen – blandt andet pga. de krav, hun stiller til sig selv. Dilemmaerne begrundes dog udelukkende i angstlidelsen og ikke uhensigtsmæssige handlingsorienteringer.

Generelt gælder det for de virksomhedsansatte akademikere og studerende, at de i deres deltagelse på studiet og arbejdsmarkedet orienterer sig i forhold til en forventning om at *vise og være ansvarlige*. De retrospektive perspektiver viser, hvordan de ikke alene påtager sig konkret at tage ansvar for deres arbejdsopgaver, men at det også er dem magtpåliggende i et stadigt fremadrettet strategisk perspektiv at være ansvarlige for deres karriereforløb. Selvom det påpeges, hvorledes de konkrete krav fra omgivelserne stiger, f.eks.: ”*Og hvis der var et hold kursister, som brokkede sig over en konsulent, så satte man mig på, så vidste man, det ville blive en succes*” med den konsekvens, at det var ”*skidehamrende hårdt at skulle levere varen i 100 dage om året*” / ”*De ringede også, når man var ude i øvelokalet: ”Morten, we need to find out what happens”. Så det var ret hårdt*”, eksisterer der primært et fokus på, at informanterne har det *individuelle* ansvar for deres manglende håndteringsevne på arbejdsmarkedet og i uddannelsesinstitutionerne. Det fremstår som en illegitim forholdemåde at ”bukke” under for de arbejdsmæssige og studiemæssige betingelser, f.eks. i form af et stigende arbejdspress, eksamenskrav, at være i en internationalt krævende stilling, at deltage i kurser m.m. Inden angstudviklingen for alvor slår igennem, knytter forholdemåderne sig til, at en bestemmelse af alternative forholdemåder og ’livsstrategier’ i mindre grad udfolder sig som en nærliggende handlemulighed. Den ’oplevede autonomi’ medvirker umiddelbart til, at der handles på satte betingelsers præmisser i stedet for at omarrangere sine betingelser i samråd med kollegaer og arbejdsplads. F.eks. ved at *almengøre* det problematiske ved arbejdsbetingelserne for ad denne vej at gøre det til en problematik, der refererer til *fælles* ansvarlighed og problemløsning. Den subjektive begrundelse for ikke at gribe denne mulighed

udtrykkes via informantperspektivet ved det forholdsvis properrationelle forhold mellem oplevet autonomi og *selvansvarliggørelse*:

”Autonomy represents itself in terms of personal power, and the capacity to accept responsibility – not to blame others but to recognize your own collusion in that which prevents you from being yourself, and in doing so, to overcome it, and achieve responsible autonomy and personal power.” (Rose 1999:269)

Den selvansvarliggørende betydningstillæggelse af ens formidlede handlerum – uanset om det gælder den arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige handlesammenhæng – gør det på mange måder subjektivt meningsgivende at handle *restriktivt* i forhold til de praksisbetingelser, som ens livsstrategiske valg afstedkommer. Ens konflikter relateret til handlesammenhænge gribes således som et selvforhold, hvor modsigelsen mellem ideelle mål og det personlige og mere fortrængte behov for ”at sige fra” forekommer medvirkende til udviklingen af de angstsymptomer, der ender med at være behandlingskrævende på et personligt plan.

”Den måde at forholde mig på fremmes, hvis jeg opfatter mig selv som skyld i problemerne, så de logisk set måtte løses ved, at jeg underkaster mig behandling. Heri afspejles ofte den borgerlige ideologi om privat individuel frihed og selvansvarlighed, under fornægtelse af den samtidige objektive afhængighed.” (Dreier 1993:146)

Dreier fremhæver forbindelsen mellem personlig skyldfølelse og det at øjne sin situation som personlig behandlingskrævende som tegn på en subjektiv formidling af den ’borgerlige ideologi’ udtrykt via selvansvarlighed og frihed. Man må med andre ord begribe informanternes restriktive handleorienteringer i relation til deres samfundsmæssigt formidlede mulighedsrum, der subjektivt gør det nærliggende at begribe sine lidelsesomstændigheder som selvbetingede frem for at anskue dem som selvoverskridende og forbundet til objektive praksisbetingelser.

Dreier understreger desuden, hvordan en restriktiv handleevne i ’terapeutjargon’ forveksles med ’personlig styrke’, og at dette fører til misvisende behandlingsmetoder, hvilket leder klienten ud i en forværret lidelsessituation (ibid:145). Betragtes informanternes beskrivelser af deres behandlingsforløb hos psykiateren/lægen/den kognitive terapeut vægtes målet om at ”genoprette” harmonien mellem handleevnen og de eksisterende livsførelsesbetingelser højere end problemafklarende, konfliktafklarende og selvafklarende terapiredskaber. Dette gælder uanset om, der er tale om den medicinske behandling eller det terapiforløb, som de økonomisk ressourcestærke har mulighed for at betale. Som vi klarlægger via det betingelses- og institutionsanalytiske perspektiv i det efterfølgende kapitel, udkrystalliserer samfundsmæssige styringsrationaliteter sig ligeledes i behandlerfunktionerne på måder, der er med til at legitimere relationen mellem SSRI-behandling og ”personlig normalisering og tilpasning” som omdrejningspunktet for håndteringen af angstlidelser. I denne sammenhæng fremanalyseres den medicinsk legitimerende begrundelsessyntese mellem den

samfundsformidlede handlingslogik, som de angstdiagnosticerede orienterer sig ud fra og den samfundsformidlede behandlingslogik, som behandlerne afspejler i deres praksisudøvelse ('almene rationalitetslogikker').

4.2.4. Hvor går skillelinjen mellem normalitet og psykisk lidelse?

Afslutningsvis er det naturligvis væsentligt at fremhæve de potentielle og generelle problematikker, som både begrundelsesanalysen og konfliktforholdene kaster lys over. I forlængelse af diskussionen af det relationelle forhold mellem angstudvikling og stress stillet over for den markante stigning af angstdiagnosticerede i samfundet som helhed, kan 'sygelliggørelsen' yderligere problematiseres. Adskillige undersøgelser af det eksisterende arbejdsmarked, især den vidensintensive og fleksible branche, viser tendenser til sammenhængen mellem individualiserede arbejdsvilkår, oplevelsen af selvansvar og stressopkomst (Pedersen 2005, Kjølner 2002, Limborg 2002). Vi ser i begrundelsesanalysen, hvordan den ene af de virksomhedsansatte mener, at nogle af hendes kollegaer har angst, mens den anden bliver direkte kontaktet af en række kollegaer, der har oplevet angstlignende symptomer. Fra et samtidsperspektiv kan stress karakteriseres som et mere eller mindre alment fænomen, der primært henviser til sammenhængen mellem ydre omstændigheder og kropslige reaktioner. Det rammer mere eller mindre os alle i forskelligt omfang og i forskellige situationer. Stress udgør ikke i sig selv en 'sygdomskategori', men en kropslig tilstand, der giver signal om at handle under reflektiv hensyntagen til sig selv i relationen til krævende omstændigheder. Stresstilstande betydningstillægges derfor heller ikke a priori som medicinsk behandlingskrævende lidelser men appellerer i højere grad til ændringer i handlingsorienteringer. Især i arbejdsmarkedssammenhænge anskues 'stress' som en generel problemstilling (jf. Mortens påpegning af stress på arbejdspladsen som noget alment), men samtidig med "formaliseret" opmærksomhed på udvikling af den enkelte medarbejders håndteringskompetence og generelle sundhedstilstand (kurser i alt fra stresshåndtering til motions- og fødeindtagelse). I mindre grad er der tale om omregulering af det generelle arbejdsmiljø. Som informantfortællingerne indikerer, synes dette netop at medvirke til stressforårsaget angst. Følgende beskrivelse udtrykker netop, hvordan overgangen fra stress til panikangst generelt forårsages af manglende "hvile og afkobling":

"Kroppen kan ikke tåle at være i fuldt beredskab uden hvilepauser. Samtidig er det i vore dage normalt med flere stresssituationer dagligt. Og det er, når vi aldrig kobler af, at det bliver farligt... Hvis man kører i hurtige omdrejninger, skal der ikke så meget til, før man falder ud over kanten. Så overtræder man symptomtærskelen, hvilket kan give flere forskellige symptomer, blandt andet søvnproblemer og panikangst."⁴⁷

Der er altså tale om en forholdsvis hårfin grænse mellem stress – som tillægges betydningen af at være et alment fænomen – og angstudviklingen, der udgør en personafhængig og medicinsk

⁴⁷ Danielson, Jenny, ph.d., Karolinska Institutet i interview, <http://www.netdoktor.dk/sunderaad/stresstema/stresskroppenssignaler.htm>

behandlingskrævende sygdom. Ud fra disse betragtninger må det nødvendigvis anskues som et grundlæggende samfundsproblem i tilfælde af, at arbejdsmarkedsmæssige betingelser skaber øget sygelighed hos en ellers ressourcerstærk del af befolkningen – og det er blandt andet i forhold til dette, at man må rejse spørgsmålet om det hensigtsmæssige i den nuværende grænsesætning mellem 'normalitet' og 'sygelighed'. Er det samfundsmæssigt set frugtbart at foretage en behandlingsmæssig fortolkning af angsttilstandene som "kemisk betingede lidelser", når der umiddelbart er en tæt relation til det at "give kropsligt op" over for lange arbejdsdage, mangfoldige jobfunktioner og deadlines, hyppige evalueringer, sorg over dødsfald, præstationsorienterede uddannelsesidealer osv.? Hvilket, ifølge analysen af konfliktforhold, medfører samtidige distancerende selvfortolkninger og positioneringer i relation til arbejdsmarkedet?

Ydermere afspejler informantbeskrivelserne, hvordan flere "viderediagnosticerer" deres familiedlemmer på en sådan måde, at det at have biologisk forårsaget angst bliver almengjort i den familiemæssige handlesammenhæng. Én påpeger sin datters generthed som socialfobi, en anden karakteriserer sin fars rastløse træk som tegn på angst osv. I denne forbindelse henviser informanterne typisk til den videnskabelige relation mellem arveanlæg og angstudvikling, som de har fået indsigt i via informationsmateriale og psykiaterkonsultationer. Eksempelvis får en af informanterne ved første psykiaterkonsultation specifikt at vide, at "hun skal gå hjem og kigge på mulige træk hos sine familiemedlemmer". Der antydes ligeledes tendenser til at verificere angstdiagnosen som begrundelse for tidligere oplevede "almene problematikker" såsom flyskræk, livlig fantasi, højdeskræk osv.

Disse betragtninger understreger, hvordan den angstdiagnosticerede gennem sin videnstilegnelse praktiserer diffuse forholdemåder i skelnen mellem 'normalitet' og 'behandlingskrævende psykisk lidelse'. Det er samtidig betragtninger, der leder os over i governmentality-perspektivet og et fokus på, hvordan videnskabelige sandhedsregimer produceres på alle niveauer i samfundet og på denne måde bliver guidende for forholdemåder og handlemåder gennem omfattende subjektiveringsprocesser.

I de angstdiagnosticeredes tilfælde er det psykiatrien som sandhedsregime, der i stor udstrækning giver anledning til at forstå sig selv og sine omgivelser på diagnosticerende vis, og som samtidig er med til at legitimere forbindelsen mellem angstlidelser og en ensidig medicinsk behandlingsorientering såvel på det institutionelle plan som i den subjektive bevidsthed. Som vi ser via begrundelsesanalysen viger kritiske forholdemåder til medicinsk behandling for behandlerpraksissernes diagnosticeringer og vægten på den biokemiske forklaring – både når det kommer til de angstdiagnosticerede selv og deres pårørende, bekendte og kollegaer. For den angstdiagnosticerede bliver valget af SSRI-behandling den mest *nærliggende* mulighed taget de givne

betingelser i betragtning (de fysiske og psykiske angstsymptomers invalidering af handleevne og den manglende mulighed for alternativer til SSRI-behandlingen). Som Holzkamp skriver, giver man afkald på handlealternativer, så snart:

”...forsøget på at ændre forholdene ved at overskride det ”nærliggende” truer den nuværende stabilitet i min livsførelse, så der er fare for, at mit forsøg på at ændre betingelserne fremkalder konflikter, der også kunne sætte status quo i mine rådigheds-/livsmuligheder over styr.” (Holzkamp 1998:25).

I begrundelsesanalysen bliver SSRI-behandlingen yderligere den mulighed, der i den behandlingsmæssige sammenhæng forekommer mest meningsgivende set i relation til interessen for at stabilisere/opretholde sine livsførelsesbetingelser – for de studerendes vedkommende begrundes valget af medicin trods oprindelige kritiske forholdemåder i tæt tilknytning til lægens/psykiaterens påpegnings af den stabiliserende behandlingseffekt, SSRI-behandlingen afstedkommer. Det er herved en form for intersubjektiv ’logisk drevet’ handlingsorientering mellem patient og behandler, der har en legitimerende indvirkning på beslutningsprocessen, hvilken samtidig er afstedkommet af det psykiatriske sandhedsregimes umiddelbare dominans i den behandlingsmæssige praksis. Det er et forhold, vi vil behandle i det næste analyseafsnit.

4.3 Afrunding

Opsummerende kan vi konstatere, at der fra informanternes her-og-nu-perspektiv knytter sig en række konfliktforhold til deres livssituation som SSRI-brugere på trods af en umiddelbar genoprettelse af den basale livsførelse. For det første gælder det, at det markante fokus på kroppen medfører, at relationelle og sociale forhold umiddelbart viger for den diagnostiske forklaring og det medicinske fokus på for lav serotoninproduktion. Samtidig kommer det til syne gennem informanternes italesættelser af deres situation, at de umiddelbart oplever en ’fremmedgjort kropslighed’, hvor det bliver vanskeligt at afgøre, om det er ’dem selv’ eller medicinens virkning, der gør, at de kan handle på en bestemt måde. Derudover giver flere informanter udtryk for at opleve kraftige seponeringssymptomer ved nedtrapning, og at dette forhold er udslagsgivende for, at de vedbliver med at være på medicinsk behandling. For det andet oplever informanter at fortolkes og positioneres som ’sygdomsofre’. På den ene side oplever de en lettelse over, at det umiddelbart ikke er dem selv, der kan tildeles ’ansvaret for, at det gik galt’, og at de f.eks. ikke kan leve op til satte krav fra omgivelserne. På den anden oplever de, at diagnosen og den fortsatte medicinske behandling betyder, at de af omgivelserne stilles i en position, hvor deres handlemuligheder i vid udstrækning ’fastlåses’. Det er et forhold, der betyder, at de umiddelbart ikke har mulighed for at handle i overensstemmelse med deres livsstrategier/’selvbilleder, som spænder over alt fra at være ’præstationsorienteret’ til en stigmatiserende ’afvigerposition’. For det tredje er der tale om, at den biokemiske angstforståelse og den medicinske behandling reducerer fokus på, hvilke betingelser, der kan sættes i relation til angstens tilsynskomst og/eller angstudvikling. Selvom informanterne

derfor peger på forhold, der relaterer sig til stress, sorg og marginalisering, er det problematikker, der på mange måder forbliver uforløste. I næste kapitel vil vi afdække, hvordan de angstdiagnosticeredes reelle handlemuligheder er under indflydelse af sammenhængen mellem *videnskabelige* forståelsesrammer og *institutionaliserede* håndteringstilgange. Her vil vi beskæftige os med, hvilke *samfundsrationaliteter*, der indvirker på udformningen af de muligheder, der i praksis stilles til rådighed for den angstdiagnosticerede. I forlængelse af det vil vi forholde os til, hvorledes det bliver legitimt at påbegynde SSRI-behandling, og hvorledes dette er drevet af en intersubjektivt 'drevet logik', som vi benævner 'almene rationalitetslogikker'.

Kapitel 5. Angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum

5.1 Indledning

I dette analysekapitel bliver der sat fokus på de institutionaliserede rammer, der bevirker, at SSRI-behandlingen legitimeres som den primære behandlingsform. Fra et institutionsanalytisk perspektiv belyses de behandlingsmæssige og rådgivningsmæssige betingelser, som er med til at definere det reelle mulighedsrum, der fremstår skildret i informantperspektivet. Den almene lægepraksis, psykiatrien og Angstforeningens praksisforhold udgør her de analytiske omdrejningspunkter. Ændringer i læge-patient-forholdet, psykiatriens styrkede rolle som behandlingsorgan, den generelle stigning i antallet af folk med lettere psykiske lidelser, medicinalbranchens produktudvikling og medindflydelse på de forskellige praksisser osv. er omstændigheder, som på forskellig vis forklarer den stigende tendens til at anvende SSRI-præparater i behandlingsregi. Set i lyset af begrundelsesanalysen er følgende analyse med til at klarlægge de samfundskontekstuelle rammer, der for den angstdiagnosticerede gør medicinen til en reel mulighedsbetingelse, ligesom den fra en problematiserende vinkel kaster lys over, hvilke samfundsmæssige betingelser de informantudledte konfliktforhold så at sige er et ”produkt” af. Vi diskuterer med inspiration fra governmentality-perspektivet, hvordan de aktuelle forhold afstedkommes af et komplekst samspil mellem samfundsøkonomiske og teknologifikserede *styringsrationaliteter*, *sandhedsproducerende praksisteknikker* som for eksempel diagnoser/retningslinier for SSRI-behandling samt ’*almene rationalitetslogikker*’, der karakteriseres ved ’normaliserings- og effektorientering’, ’evidens- og ekspertorientering’ og ’selvforvaltningsorientering’.

5.1 Praksisindlejrede betingelser i den almene lægepraksis

Begrundelsesanalysen klarlægger, hvordan den behandlingsmæssige praksis spiller en afgørende rolle for de angstdiagnosticeredes valg af SSRI-behandling. Til trods for, at flere af informanterne giver udtryk for en forudgående dilemmafyldt medicinskepsis, fremstår den medicinske behandling som den primære udvej i mødet med den behandlingsmæssige praksis – både set fra de angstdiagnosticeredes og behandlernes perspektiv. Informantfortællingerne udtrykker, hvordan betingelser i *praksis* viser sig via de forholdemåder og handlemåder, de forskellige parter udviser i konfrontationen med hinanden i form af krav, forventninger og håndteringsformer. Flere af de angstdiagnosticerede anlægger et kritisk og skeptisk perspektiv på mødet med lægepraksissen eller psykologpraksissen, mens konfrontationen med psykiateren i høj grad tillægges en positiv betydning. Særligt når selvstillede diagnoser bliver affejet af lægen og/eller den enkelte ikke stilles akutte løsningsmuligheder i udsigt, omsættes magtesløsheden til utilfredshed med lægens bedømmelsesevne eller situationshåndtering. Eksempelvis tilknytter frustrationen sig til misforholdet mellem de kraftige fysiske symptomer og lægens erklæring om, man ”er rask” eller

”symptomerne er psykisk betingede”. De angstdiagnosticeredes forventninger står derfor i visse tilfælde i konflikt med lægens upræcise angivelser og retningslinier for behandling.

5.1.1 Lægepraksissen som genstandsfelt for patientkrav, ekspertviden, lægemiddelindustrien og samfundsøkonomiske målsætninger

Situationsbeskrivelserne af lægepraksissen som handlesammenhæng afspejler på flere måder en forskydning i den traditionelle autoritetsfordeling i læge-patientforholdet. Informanterne søger ekspertviden og fortolker i høj grad deres fysiske symptomer ud fra ikke-lokaliserede informationskilder, der lægger uden for den konkrete lægepraksis lokalitet og rækkevidde, hvilket skærper kravet om hurtigt at få verificeret sin selvstillede diagnose via den behandlingsmæssige praksis og efterfølgende at opnå en hurtig symptomdæmpning. I tilfælde af mangel på dette synes lægens forventede funktion at blive erstattet med termer som ”uprofessionalisme” og ”ekspertisemangel”. Som begrundelsesanalysen viser, gør dette forhold sig netop gældende i situationer, hvor lægen er tilbageholdende med diagnosticeringer, psykiaterhenvisninger eller udskrivelse af SSRI-recepter. De angstdiagnosticeredes erhvervede *selvekspertise*, som opnås via andre informationskilder synes dermed medvirkende til at skærpe kravet om diagnosticering fra patientsiden og øger mistilliden til den enkelte læges håndtering af situationen, såfremt uoverensstemmelser i perspektiverne finder sted.

Som Novas og Rose indikerer, synes tendensen til patientens formidlende selvekspertise at afspejle en mere kontrollerende indfaldsvinkel til den behandlingsmæssige praksis, hvor den behandlingsmæssige ses som den ”guidende tjener” for ens livsstrategier.

”...the ill patients themselves, those ‘asymptomatically ill’ and their families – are increasingly demanding control over the practices linked to their own health, seeking multiple forms of expert and non-expert advice in devising their life strategies, and asking of medics that they act as the servants and not the masters of this process” (Novas & Rose 2000:490)

Set i relation til begrundelsesanalysen kan man pege på følgende forhold, der udfordrer lægens autoritære position; dels af patientens ’selvekspertise’ og dels i form af kravet om hurtig helbredelse. I begrundelsesanalysen fremgår det netop, hvordan flere af de interviewede på forhånd har stillet deres diagnose lydende på alt fra cancer til angst.

En dansk undersøgelse, der baserer sig på interviews med 20 alment praktiserende læger viser endvidere, at lægerne generelt oplevede konsultationssituationen som ubehagelig, når:

”... der var stor risiko for afhængighed af præparatet, når lægerne følte sig presset og gav efter for pres, når de var nødt til at overbevise patienterne, og når de udskrev afhængighedsskabende medicin igennem længere tid”(Henriksen & Hansen 2005: 4650-4654)

Undersøgelsesresultaterne indikerer, hvordan det at "overbevise" patienten og føle "pres" fra patienten side udgør problemorienterede betingelser i konsultationen. Det er samtidig forhold, der vidner om en generel lægeskepsis blandt patienter, hvilket bl.a. gør, at flere alment praktiserende læger tager kurser i patienthåndtering⁴⁸. En artikel i det engelske tidsskrift "Social Science & Medicine", som trækker på resultaterne fra samme undersøgelse, beskriver ydermere, hvordan lægen ligeledes følte sig usikker i forbindelse med medicinordination set i relation til institutionelle betingelsesforhold så som ekspertforskrifter, lægemiddelindustriens retningslinie osv.:

"Bombardment from pharmaceutical companies and information from health authorities and experts constantly worked on the GPs' meanings attached to medicines, leaving them uncertain about 'the right way to go'. The consequence of constantly being unable to comply with their ideals was reported to be burn-out in the form of lack of morality, lack of energy to resist pressure and lack of satisfaction with work." (Henriksen & Hansen (2004:47))

Dette peger i retning af, at den alment praktiserende læges autoritetsposition bliver udfordret af et netværk af betingelser, hvor flere forskellige aktører sætter dagsordenen for lægepraksissen i forbindelse med receptudskrivning. Undersøgelsen orienterer i den forbindelse om, at en usikkerhed i bedømmelsen af forholdet mellem formelle forskrifter sat af henholdsvis *eksperter* (f.eks. psykiatrien) og *lægemiddelindustrien*, over for den reelle patientsituation, til tider er med til at begrunde en mere rundhåndet receptudskrivning⁴⁹. Ydermere påpeges i undersøgelsen, hvordan lægen bl.a. udskriver recepter ud fra målet om, at patienten bibeholder sin arbejdsmarkedsmæssige funktion samt under hensyntagen til økonomiske besparelser. Disse påpegninger viser, hvordan den alment praktiserende læge er influeret af samfundsøkonomiske interesser i beslutningsprocessen vedrørende receptudskrivning.

Af begrundelsesanalysen fremgår det netop, hvordan flere af informanterne, foruden målet om symptomafklaring/en stillet diagnose, indtræder i lægepraksissen med intentionen om at bevare deres jobmæssige position på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet. Dette gør sig særligt gældende for de virksomhedsansatte akademikere og de studerende. Situationsbeskrivelserne af mødet med lægepraksissen afspejler, hvordan informanterne konfronterer lægen med denne intention. Et eksempel afspejler, hvorledes argumentet om bibeholdelse af arbejdsfunktionen konsekvent fører til receptudskrivning af SSRI og en henvisning til en psykiater, hvor ventelisten samtidig springes over.

⁴⁸ Derudover viser samme undersøgelse, at lægerne i mindre grad oplever ubehag ved receptudskrivning af SSRI-præparater sammenlignet med benzodiazepiner pga. af antagelserne om SSRI-præparaternes mindskede afhængighedsvirkninger

⁴⁹ Artiklen "praktiserende læger er trætte af skældud" på www.dagensmedicin.dk, 11/11 2004, indikerer desuden alment praktiserende lægers frustration over eksperters kritik af lægepraksissen i forbindelse med SSRI-behandling.

Pågældende informant, der som udgangspunkt er medicinkritisk og ønsker en henvisning til psykolog, konfronteres, som flere andre informanterne med én grundlæggende ressourcemæssig betingelse, lægepraksissen er underlagt: Manglen på alternativer til medicinudskrivning og psykiaterhenvisninger⁵⁰. I lægers debatoplæg og artikler vedrørende dette faktum er det hovedsageligt etiske overvejelser, der giver anledning til kritik bl.a. i forhold faren ved at bruge SSRI-præparater som livsstilsmedicin. Dog er der blandt størstedelen af læger tilslutning til at bevare eksisterende betingelser og dermed ikke ansøge om statstilskud til psykologhjælp ud fra en betragtning af relationen mellem ”økonomi, evidensbaseret effektivitet og patientinteresser”⁵¹. Snarere ses en generel tendens til et øget samarbejde med instanser så som Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)⁵². Disse udvikler løbende konkrete handlingsstrategier for diagnosehåndtering og receptudskrivning i den almene lægepraksis⁵³. Ligeledes efteruddanner praktiserende læger sig i øget omfang inden for psykiatrien. Argumentet herfor går på at skabe bedre muligheder for, som praktiserende læge, at kunne diagnosticere medicinsk behandlingskrævende psykiske lidelser, hvilke generelt vurderes som underdiagnosticerede. Læger, der har taget en kortere, psykiatrisk efteruddannelse føler sig mere sikre i deres receptudskrivning og diagnosestilling og lader deres patienter gennemgå et længere behandlingsforløb, modsat ikke-efteruddannede læger, der blandt andet oplever det som ’pinligt’ at anvende test⁵⁴. Disse betragtninger vidner umiddelbart om en tendens, hvor det forekommer mere prestigefuldt og professionelt at efteruddanne sig i takt med den stigende mængde af psykisk lidende patienter.

5.1.2 Hvordan SSRI-behandling legitimeres af betingelser i lægepraksissen

Overordnet kan lægepraksissen i høj grad siges at formidle psykiatriske vidensforståelser og håndteringsformer i konsultationssammenhænge, hvilket understøttes begrundelsesanalytisk ved at flere får deres første diagnosticering og receptudskrivning på SSRI via den alment praktiserende læge. Betragtninger viser, hvordan denne tendens kan begrundes ud fra en række betingelser, som er med til at definere den måde patienten og lægen oplever deres præmisser for handling i lægepraksissen. Mens patienten oplever sig selv som og positionerer sig som et sygdomsramt offer, der har ret til den evidensbaseret diagnosestilling og akut behandling (jf. begrundelsesanalysen), anser lægen sine præmisser som værende formidlet af et bredt spektrum af økonomiske og ressourcemæssige betingelser, der umiddelbart hæmmer opmærksomhed på etisk stillingstagen. Lægepraksissen som handlesammenhæng afspejler således på flere måder generelle

⁵⁰ Hvor der imidlertid også kan forventes lange ventetider

⁵¹ Teknologirådet (2004) & Praktiserende Læger, nr.1 2004

⁵² DPS er et ”lægevidenskabeligt selskab, der har det som hovedopgave at fremme dansk psykiatri samt dansk forskning inden for dette område” (www.dpsnet.dk). DSAM har ”til formål at udvikle det almenmedicinske speciale med særlig vægt på uddannelse, forskning, kvalitetsudvikling m.m”. (www.dsam.dk)

⁵³ Således er den gældende publikation fra Sundhedsstyrelsen: ”Vejledning om behandling med antidepressiva” udarbejdet af ”en arbejdsgruppe, der består af DPS, DSAM og andre sagkyndige”, Sundhedsstyrelsen, 2000

⁵⁴ Ugeskrift For Læger, nr. 26, 2002, p. 3440 ff.

samfundsbetingelser, der videreformidles som handlegrunde og forholdemåder hos både patient og læge.

Opsummerende kan peges på:

- Kravet om psykiatrisk efteruddannelse som konsekvens af eksperter (psykiatriens) øgede indflydelse i den almene lægepraksis.
- Mangel på konkrete alternativer til medicinsk behandling
- lægemiddelindustriens guidelinier, som konsekvens af medicinalbranchens øgede markedsandele og konstante produktudvikling
- Hensigten om at patienten fastholdes på arbejdsmarkedet, som konsekvens af det velfærdstatslige ideal om sikret arbejdskraft

Disse betingende aspekter medvirker til, at det for lægen bliver nærliggende at anvende diagnostest, gøre brug af receptudskrivning på SSRI og forslå patienten psykiaterhenvisninger. Som begrundelsesanalysen viser, udgør disse forhold grundlæggende betingelser for den angstdiagnosticerede, som ikke vil gå 'tomhændet' hjem. Vi ser også, hvordan angstdiagnosen og/eller tilbuddet om SSRI-behandlingen som oftest anskues som forløsende fra de angstdiagnosticeredes perspektiv til trods for et medicinkritisk udgangspunkt.

Grundlæggende synes følgende sammenhængende aspekter at lægge til grund for informanternes legitimering af den biokemiske diagnosticering og medicinske behandlings gyldighedskarakter. Det ene aspekt drejer sig om at finde hurtige og effektive løsninger på akutte og invaliderende kropslige og psykiske symptomer, der gør, at man ikke kan handle normalt på det basale plan (gældende alt fra indkøb til det at fungere socialt som at kunne overskue sit forestående bryllup). Det andet aspekt refererer til det grundlæggende mål om at sikre sin arbejdsmarkedstilknytning eller sit uddannelsesforløb. Ifølge de inddragne undersøgelser, orienterer lægen ligeledes sin handlen med reference til samme aspekter og relaterer samtidig sin forholdemåde til samfundsøkonomiske besparelser og effektivitet.

Da psykiatrien udbyder de evidensbaserede, effektorienterede og normaliserende redskaber, som de angstdiagnosticerede efterspørger, fremstår de angstdiagnosticeredes møde med den psykiatriske praksis som en mere konfliktfri sammenhæng. De fleste informantperspektiver belyser denne sammenhæng i begrundelsesanalysen. I den forbindelse ses det endvidere, hvordan psykiaterkonsultationerne medvirker til, at flere af de angstdiagnosticerede, pga. af tilegnelse af ny viden, beskriver deres tilbagevenden til lægepraksissen ud fra kritiske forholdemåder til lægens håndteringsformer. Én informant bebrejder sin læge for at have fået for udskrevet for store medicindoser på baggrund af psykiaternes udsagn. En anden rejser den modsatte bebrejdelse mod

sin læge som konsekvens af sin psykiaters råd om højere dosis. En tredje informant stiller specifikke krav om udlevering af ét bestemt præparat.

5.2 Praksisindlejrede betingelser i psykiatrien

Psykiateren fremtræder i højere grad som en handlingsguidende og overbevisende autoritet for de angstdiagnosticerede – de, der gennem lægepraksissen har fået afslag på ønsket om psykologhenvisning ud fra et medicinkritisk udgangspunkt – bliver via psykiatrikonsultationen overbevist om, at SSRI-behandlingen udgør grundlaget for at kunne bearbejde de *sociale* problematikker, angsten medfører i de angstdiagnosticeredes livsførelse. Af begrundelsesanalysen fremgår det, hvorledes diagnosen og den medicinske behandling bl.a. fremstår meningsgivende, fordi et oplevet selvansvar i arbejdssammenhænge eller fortolkningen af sig selv som afvigende person nu kan forklares kropsligt på mere gyldig vis – både på det personlige og sociale plan. Den umiddelbare behandlingsmæssige ”tryghed”, informanterne oplever i forbindelse med psykiatrikonsultationerne, suppleres – efterhånden, som informanterne får en øget viden - af det man kan kalde en ’medicinsk selvforvaltning’, hvor den angstdiagnosticerede med Roses ord ”*try to reform, cure or improve oneself by acting on that body*” (Rose 2004:18). Bl.a. af denne vej bliver SSRI-behandlingen et subjektivt funktionelt aspekt, der integreres i de eksisterende individualiserede og selvhåndterende forholdemåder. Behandlingen medvirker til, at man handler ud fra en forestilling om f.eks. hurtigt at genoprette handleevnen så det bliver muligt at genindtræde/bevare sin position på arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Dermed indfries intentionen om genoprettelse af selveffektivitet/normalisering inden for rammerne af den psykiatriske praksis, med praktisk udgangspunkt i medicinsk behandling og, for de ressourcestærkes vedkommende, med sideløbende brug af terapeutiske redskaber hentet fra den kognitive behandling.

I det følgende redegøres for de psykiatriske diskurser, som fremstår integreret i de angstdiagnosticerede perspektiver med blik for, hvordan psykiatriens styrkede position som ’sandhedsregime’ videreformidler samfundskontekstuelle betingelser, herunder en teknologiseret realitet samt grundlæggende samfundsstrategiske målsætninger. Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), som udgør en central repræsentant for den psykiatriske profession, er omdrejningspunktet for gennemgangen. Der refereres løbende til et resumerende udkast fra 2004 med titlen: ”*Psykiatriens kerneopgaver & udfordringer 2004-2010*”, hvor psykiatriens status, værdier, målsætninger og strategier fremlægges.

5.2.1 Psykiatriens status som nyt konceptionelt sandhedsregime

Først og fremmest præsenterer psykiatrien sig som det ’sandhedsregime’, der har lagt vejen til et endeligt og falsificerende opgør med tidligere humanistiske indfaldsvinkler til psykiske tilstande:

”Behandling af psykisk sygdom har såvel i Danmark som internationalt været præget af falske enten / eller – forestillinger, såkaldte falske dikotomier (...) Man ved i dag, at sjæl og hjerne er uadskillelige. Sjælen er produktet af aktivitet i hjernen på det molekylære, cellulære og anatomiske plan.”⁵⁵

Af citatet fremgår det, hvordan sjælen – forstået som det menneskelige følelsesspektrum – udgør et direkte produkt af hjernens kemiske og neurobiologiske aktivitet. Denne ”sandhed” forsvares ud fra sammenhængen mellem evidens og teknologi:

”Man troede tidligere, at følelserne sad i hjertet, men i dag ved man, at alle mentale inkl. psykologiske processer foregår i hjernen. Man ved, at gener og proteiner bestemmer hjernens funktion. Med moderne billeddannende teknikker kan man med skanninger af hjernen påvise forandringer hos mennesker med psykiske lidelser.”⁵⁶

Særligt peges der på, hvorledes *teknologiske* fremskridt i form af PET-skanninger, medfører en konstant evidensbaseret verificering af psykiske lidelsers kemiske sammenhæng. Denne teknologi klarlægger yderligere, hvordan ”eksogene faktorer” påvirker hjernefunktionen og dermed også kan forklare sociale betingelsers indvirkning på den kropslige kemi.

”Man ved i dag fra epidemiologiske og neurobiologiske undersøgelser, at eksogene og endogene faktorer tilsammen regulerer hjernens aktivitet. Der er altid tale om en samvirkning af begge faktorer ved udvikling af psykisk sygdom.”⁵⁷

Overordnet italesættes psykiske lidelser som et produkt af samspillet mellem kropslige tilstande og eksogene påvirkningsfaktorer. Dette vidensgrundlag medfører, at det er den kropslige kemi, som skal *styres* og de psykiske adfærdsmønstre, som skal *normaliseres*.

Set i et historisk perspektiv har psykiatrien, ifølge DPS, har været præget af mangel på opnået en anerkendelse sammenlignet med mere eksakte videnskaber, hvilket begrundes ud fra om en manglende sammenhæng mellem psykiatriens tværfaglighed og videnskabelig evidens:

”Psykiatrien udvikledes gennem det 20-århundrede som lægedisciplin men altid i et tæt forhold til humanistiske og sociale videnskaber, idet dens genstand omfatter områder som rationalitet, mening, normativitet og subjektivitet. Denne interdisciplinære status var og er en attraktion ved psykiatrien, men kan samtidigt bidrage til et usikkert fagligt selvbillede. Psykiatrien har derfor været plaget af en selvusikkerhed og følelse af mindreværd omkring sin egen ”ringe videnskabelighed” målt i forhold til standarder i de såkaldte ”eksakte videnskaber.”⁵⁸

⁵⁵ Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004, p. 11

⁵⁶ Ibid, p. 10

⁵⁷ Ibid, p. 11

⁵⁸ Ibid, p. 9

I citatet afspores en grundlæggende interesse for at opnå anerkendelse om psykiatriens sandhedsværdi. Dette kan ses som et faktum, der gør teknologiske påvisninger og den biokemiske lidelsesforklaring til essentielle redskaber for psykiatriens mål om anerkendelse indenfor sundhedssektoren. Samtidig giver udviklingen et billede af, hvordan den psykiatriske disciplins oprindelige iboende tværfaglighed opløses til fordel for en mere stringent naturvidenskabelig og biologisk forskning. Det forhold udtrykkes ligeledes ved, at psykiatriens strategier for fremtiden lyder på at øge det forskningsmæssige kendskab til neuro-biologiske patologier for yderligere at afklare samspillet mellem genforskning og medicinsk individuelt tilpasset patientbehandling. Udviklingen af psykoterapeutiske redskaber fremstår her af sekundær vigtighed.

Den psykiatriske diskurs angående det biologiske forklaringspotentiale manifesterer derved, hvorledes psykologiske retninger, der alene fokuserer på samspillet mellem sociale betingelser, den menneskelige psyke og handlingsorientering, må se sig "spillet ude" på grund af relationen mellem eksogene faktorer og kemiske dysfunktioner. Som påpeget begrundet flere informanter deres opfattelse af andre psykologiske redskaber end den kognitive behandling, som værende af enten sekundær eller ubrugelig karakter på baggrund af den biokemiske angstforklaring. En af informanterne redegør endvidere for, hvordan vedkommendes psykiater tilnærmelsesvis fraråder psykologisk behandling på grund af det "destruktive selvarbejde", terapiformen kræver.

DPS erkender samtidig, at stigningen af depressions- og angstramte ikke kan begrundes ud fra en samtidig ændring i den arvelige belastning men snarere forbinder sig til:

"..ændringer i livsvilkår og omgivelser over de seneste 50 år, herunder bl.a. forandringer i familiestrukturen, økonomiske stressfaktorer og stressende og omskiftelige arbejdsfunktioner."⁵⁹

Dette foranlediger tillige til påstanden om, at:

"graden af sygdomsøspatologi øges i takt med ændringer i samfundets kulturelle og sociale forhold."⁶⁰

På baggrund af en endnu ikke forskningsmæssig klarlagt relation mellem sociale vilkår og hjerneaktivitet, gør psykiatrien det, m.a.o. til sit domæne at afhjælpe den psykiske byrde, som den moderne samfundsindretning producerer. Med henvisning til WHO, der peger på 'psykiske lidelser' som den næststørste, vestlige folkesygdom i 2020, fremhæver DPS, hvordan psykiatrien via diagnosticeringsteknikker og behandlingsmetoder kan imødekomme dette behov, som led i WHO's kriterier for en moderniseret sundhedssektor. Her peges der på prioriterede faktorer så som a) høj professionel standard, b) høj patienttilfredshed og c) effektiv ressourceudnyttelse⁶¹.

⁵⁹ Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004, p. 8

⁶⁰ Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004, p.5

⁶¹ Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004, p. 24 ff.

Udover hjerneforskningen refereres således til standardiserede og kontekstafhængige diagnosticeringsskemaer som omdrejningspunkt for en mere anerkendt, eksakt og evidensbaseret psykiatrisk videnskab. Gennem informantperspektiverne opnås i begrundelsesanalysen forståelse for, hvordan *diagnosticeringen* udgør grundlaget for den medicinske behandling, om end den ofte fremstår uklar eller sløret den enkelte. Det er i denne sammenhæng, at man 'overbevises' om sammenhængen mellem psyke og kemi. I psykiatrien begrundes orienteringen dog ligeledes indirekte ud fra medicinalindustriens produktudvikling, hvilken ses som styrende for en mere 'kemikaliseret' psykiatriforskning og de såkaldte medicinsk skræddersyede behandlingsforløb:

"Den store udvikling inden for biomedicin øger behovet for at udvikle ny og forskningsbaseret metodologi indenfor diagnosticering og behandling af psykisk sygdom. Fremtiden ligger i individuel, skræddersyet behandling baseret på bl.a. genetiske tests og billeddannende teknikker (...) Psykofarmakologi er allerede i dag meget kompleks. Nye præparater og specifikke behandlingsmetoder - afhængig af virkningsmekanisme og patientkarakteristika - kræver en stigende forståelse af molekylærbiologiske og farmakologiske principper."⁶²

Hertil kommer, at lægemiddelforskningen er finansieret af medicinalindustrien lige såvel som psykiaternes efteruddannelse betales af samme.

5.2.2 Betingelser, der legitimerer psykiatrien som sandhedsregime

Betragtningerne viser, hvordan der i psykiatrien overordnet hersker enighed om den "somatiske psyke" og "den medicinske behandlingseffekt". Samtidig kan psykiatriens fremtrædende position siges at betinge sig til:

- Samfundsøkonomiske og teknologiske styringsrationaler, som udfoldes gennem de tekniske aspekter såsom effektive diagnosticeringsstandarder og medicinalbranchens produktudvikling
- Den stigende brugerefterspørgsel på evidensbaseret ekspertviden og effektive behandlingsmetoder, hvilket harmonerer med psykiatriens grundlæggende interesse i at promovere sig som sandhedsregime.

Flere af de betingelser, som lægger pres på lægepraksissen, fremstår i høj grad som faktorer, der er med til at legitimere psykiatrien som sandhedsregime og dermed også SSRI-behandlingen. Den psykiatriske praksis afspejler som handlesammenhæng ikke blot en *almengørelse* af psyken som et produkt af kemiske hjerneforstyrrelser men peger også i retning af et almengørende perspektiv, hvor sociale og økonomiske samfundsforholds indflydelse på den menneskelige psyke gør det legitimt at øge omfanget af diagnosticeringer og medicinsk behandling. Som det fremgår af begrundelsesanalysen fremhæver flere informanter, hvordan angstsymptomerne i forskellig udstrækning

⁶² Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004, p. 4 , p.13

forekommer stressrelaterede i relation til arbejdsmæssige og studiemæssige handlesammenhænge. Visse af informantbeskrivelserne afspejler endvidere, hvordan dette forhold er blevet fremlagt for psykiateren. Til trods for dette stilles tilsyneladende, hverken af patienten eller psykiateren spørgsmålstejn ved den biokemiske angstforklaring eller det medicinske behandlingsgrundlag.

Dette kan fra informantperspektivet igen kobles til behovet for dels at få dæmpet de fysiske symptomer og i tillæg til dette; at bevare sin position på arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet eller ud fra målet om at opnå mulighed for ”normal” adfærd. Psykiatriens vidensfundament og behandlingsmetoder er her styrende for, hvordan sådanne begrundelsesaspekter opnår intersubjektiv gyldighed i patient-psykiater-forholdet gennem de normaliserende og effektbaserede diagnosticerings- og behandlingsmetoder. Ovenstående redegørelse for psykiatriske tilgang, antyder ikke tegn på etiske overvejelser fra behandlerens side. I højere grad orienterer psykiatrien sig ud fra en interesse om at verificere gyldigheden af det biokemiske fokus på psykiske lidelser - blandt andet som grundlag for mere omfangsrig brug af specialdesignet medicin. Fra patientsiden repræsenteret via informantperspektiverne udspiller der sig ikke ekspliciterede, kritiske perspektiveringer, der direkte konfronterer den biokemiske angstforståelses reduktive forklaringsgrundlag. I stedet udmønter den subjektive problematisering sig i mere komplekse konfliktforhold betinget til ubehaget ved en medicinsk styret krop, diagnosticeringens identitetsmæssige konsekvenser osv.

Opsummerende kan man tale om, hvordan betingelser sat af den behandlingsmæssige praksis, videreformidles i subjektiviteten på måder, hvor angstlidelsen som et selvomsluttende forhold går det til ens *personlige* opgave at *tilpasse* sig og *normalisere* sig ydre betingelser. Novas’ og Roses indikation af, hvordan positiv viden skaber det aktive og selvansvarliggjorte menneske kan her ses som et forhold, der samfundsmæssigt legitimerer psykiatriens position som sandhedsregime:

”The object of positive knowledge is not ‘subjection’ in the sense of domination and the suppression of freedom – it is the creation of subjects that is at stake here. Today, as at the birth of clinical medicine, the sick person bears their illness within their corporeality and vitality – it is the body itself that has become ill. But this somaticization of illness did not, in fact, mandate the eternal passivity of the patient. In fact, clinical medicine, increasingly over the last half of the twentieth century, constituted the patient as an ‘active’ subject – one who must play their part in the game of cure” (Novas & Rose, 2000: 489)

5.3 Praksisindlejrede betingelser i rådgivningspraksissen - Angstforeningen

Som det fremgår af begrundelsesanalysen, kontakter informanterne ikke alene den behandlingsmæssige praksis i forsøget på at afklare deres symptomer eller søge vejledning i forbindelse med diagnosticering og behandlingsmuligheder. De orienterer sig også i informationsmateriale, søger på nettet og kontakter rådgivningsinstanser som patientforeningen Angstforeningen. Særligt sidstnævnte spiller en stor rolle for deres afklaringsproces og er ikke

mindst en instans, der har en vigtig aftabuiserende funktion. I det følgende vil vi analysere betydningen af, at Angstforeningen som græsrodsbaseret patientforening på den ene side positionerer sig uden for den traditionelle behandlingsmæssige praksis og i den sammenhæng tilbyder sociale og støttende tilbud og på den anden side indlejrer sig i samfundsøkonomiske og psykiatrisk diskursive betingelsesforhold, der umiddelbart bevirker en homogenitet i det informationsmateriale og den information, der tilbydes. I forlængelse heraf vil vi analysere, hvordan Angstforeningen som synlig rådgivningsinstans, konstituerer et delvist ekspertbaseret samfundsmæssigt mulighedsrum for de angstdiagnosticerede, der, som begrundelsesanalysen vidner om, øver indflydelse på deres tilgang til SSRI-behandling.

5.3.1 Den aftabuiserende og støttende funktion

Begrundelsesanalysen skildrer, hvordan flere informanter kontakter Angstforeningen med henblik på at opnå en afklaring af deres kropslige symptomer i forlængelse af deres diagnosticeringsproces. De erhverver sig brochurer, benytter sig af telefonrådgivningen, hjemmesiden og det tilhørende debatforum, hvor der er mulighed for at udveksle erfaringer omkring symptomer, behandling m.m. Disse konkrete aktiviteter, som er en del af Angstforeningens grundlæggende virke, gribes af de enkelte informanter og fungerer som særdeles meningsgivende elementer i deres tilværelse⁶³. Det er betingelser, som er med til aftabuisere deres livsførelsesproblematikker og bevirker, at de i højere grad bliver i stand til at overskue deres livssituation. Hvor flere informanter med den begyndende angstudvikling oplever, at deres familie og arbejdsmæssige handlesammenhænge har svært ved at forholde sig til deres angstsymptomer, opnår de via kontakten til andre angstdiagnosticerede gennem Angstforeningen et fælles og meningsgivende ståsted.

Som det fremgår af begrundelsesanalysen, fungerer selvhjælpsgrupperne i foreningen desuden som en handlesammenhæng, hvormed, især de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede, kan skabe en ekstra dimension i deres tilværelse som et modspil til deres øvrige isolerede livsførelse.

Selvhjælpsgruppen udgør derudover en rummelig handlesammenhæng, hvor de gennem erfaringsudvekslinger får støtte til at håndtere livsførelsesproblematikker, som de oplever, at de i øvrigt har vanskeligt ved at varetage. Selvom de derfor i øvrigt har en perifer tilknytning til arbejdsmarkedet og andre handlesammenhænge, bevirker selvhjælpsgruppens deltagelse, at de i det små kan udvikle en handleevne og bryde med de betingelser, deres i øvrigt "afvigende" 'selvbillede', sætter for deres tilværelse.

Selvhjælpsgrupperne anvendes også til at dele erfaringer omkring behandlingstilbud og medicinsk behandling. En informantbeskrivelse klarlægger, hvorledes selvhjælpsgrupperne udvikler sig til et

⁶³ I Angstforeningens vedtægter står der, at et af foreningens grundlæggende formål er "at fjerne fordomme og myter omkring angstlidelse og forsvare angstramtes interesser.", Angstforeningens vedtægter, § 2, stk. 1, vedtaget på generalforsamling d. 18. september 2004. www.angstforeningen.dk/vedtaegter.htm

forum, hvor deltagerne i vid udstrækning almengør deres erhvervede 'selvekspertise' vedrørende SSRI-behandling. Disse hyppige erfaringsudvekslinger bevirker, at der i handlesammenhæng skabes en forståelse af, dels hvad det vil sige at være angstpatient, at være angstpatient med en specifik diagnose og 'og at være angstpatient på SSRI-behandling'⁶⁴. Samme informant beskriver, hvorledes han har en oplevelse af skille sig ud, fordi "de andre ikke kan forstå, at han ikke interesserer sig for det". Dette indikerer, at selvhjælpsgrupperne udover at tilbyde støtte og aftabuisere de angstdiagnosticeredes livssituation ligeledes sætter nogle overordnede betingelser for, 'hvad der kan siges og gøres' med hensyn til SSRI-behandling (Dean 2006:270). Disse diskursivt tilgængelige forståelser er i kraft af de angstdiagnosticeredes deltagelse i primært den behandlingsmæssige praksis præget af en psykiatrisk angstforståelse.

Andre aktiviteter i Angstforeningen fremstår mere eksplicit præget af den psykiatriske angstforståelse og videreformidles mere direkte i de subjektive perspektiver på SSRI-behandling. Således er informationsmaterialet (i brochurer, på hjemmesiden) forfattet af psykiatere⁶⁵. Som eksempel fremhæves følgende tekst fra en brochure om socialfobi.

"(...) Niveauet af noradrenalin og serotonin i hjernen har indflydelse på, hvordan vi har det psykisk. Medicinen har en gavnlig terapeutisk effekt på den måde, at den mindsker angstniveauet og kan støtte personen i gradvis at optræne ny adfærd. (...) Medicin som SSRI eller SNRI er ikke noget, man bliver afhængig af eller "styret" af. Man tager en tablet/kapsel én gang dagligt. Hos nogle kommer der hurtigt en markant effekt, hos andre tager det længere tid. Som regel skal der gå flere uger, inden man gradvis observerer, at uroen aftager, og man begynder at tackle de ting, der er vanskelige, på en lidt bedre måde end før. Nogle gange må man være tålmodig og forsøge at stige i dosis i samarbejde med lægen for at afklare, om evt. manglende effekt skyldes en for lille dosering (...). Da det tager tid at indlære og fastholde ny adfærd, når man har haft socialfobi i mange år, skal man tage medicinen i en længere periode."

Som det ses, indkredses nøglebegreberne og -sammenhænge i den psykiatriske forståelse af angst og angstbehandling. I den forbindelses fremstilles sammenhængen mellem den biokemiske balance og "det psykiske" som en evidensbaserede konstatering af, at man som patient ikke bliver "afhængig" af, "styret" eller "mister sin selvkontrol" ved brug af SSRI-behandlingen. Brochuren om socialfobi og tilsvarende brochurer producerer i en vis grad en synlig "sandhed" om angst og angsthåndtering. Informationsmaterialet fremstår dermed som en dimension, der er med til at sætte en ramme for informanternes handleorienteringer i retning af, at SSRI-behandling fremstår som en legitim forholdemåde. Brochurerne medfører i kombination med Angstforeningens egen hjemmeside og flere sundhedsportaler som www.depweb.dk, www.netdoktor.dk m.m., at

⁶⁴ Selvhjælpsgrupperne sammensættes ud fra de tilgængelige angstdiagnoser, dvs., at der eksisterer grupper for mennesker med "panikangst", "socialfobi", "generaliseret angst" m.m.

⁶⁵ Angstforeningens formålparagraf, der lyder på at "udøve oplysende, rådgivende og undervisende virksomhed og "at bedre behandlingsforhold for angstramte", Angstforeningens vedtægter, §2, stk., 2 og 7.

information om den psykiatriske angstforståelse som udgangspunkt er let tilgængelig, og som udgangspunkt har en gennemgribende udbredelse i det offentlige virtuelle rum (Graber & Weckman 2002:419ff, Rose 2004:28). Af begrundelsesanalysen fremgår det netop, hvorledes informanterne verificerer deres selvstillede diagnoser eller får øget kendskab til og viden om angstlidelser gennem disse informationskanaler. Derudover referer en informantbeskrivelse til, hvorledes han ved henvendelse til Angstforeningen blev opfordret til at påbegynde SSRI-behandling på trods af, at han udviste en skepsis over for medicinsk behandling.

I det følgende vil vi uddybe, hvorledes Angstforeningen som patientforening indlejrer sig i samfundsøkonomiske betingelsesdimensioner, og hvordan dette forhold er medkonstituerende for, at der sættes nogle bestemte betingelser for Angstforeningens virke.

Medicinalfirmaernes indflydelse

Som andre patientforeninger er Angstforeningen i høj grad afhængig af offentlig og privat støtte for at kunne udføre sine medlemsaktiviteter. Som en tredjedel af alle patientforeninger modtager de derfor økonomisk støtte fra medicinalfirmaer⁶⁶. Således kan man ved henvendelse til Angstforeningen modtage brochurer, der er udgivet af henholdsvis Wyeth (Generaliseret angst, socialfobi, panikangst), Lundbeck (panikangst) og Pfizer (sygdomsangst/hypokondri). Ved at modtage denne støtte fra medicinalfirmaerne, har Angstforeningen mulighed for omkostningsfrit at udsende brochurer til alle interesserede, der henvender sig⁶⁷. Angstforeningens sponsorater er på Angstforeningens debatforum blevet problematiseret af nogle brugere ud fra den begrundelse, at sponsoreringen kan rykke ved Angstforeningens principielle uafhængighed og direkte repræsentantskab over for medlemmerne⁶⁸. Patientforeningers forbindelse til medicinalfirmaer er endvidere blevet problematiseret af David Healy. Han argumenterer for, at patientforeninger for medicinalfirmaer udgør en vigtig legitimerende instans (Healy 2000:2). Denne betragtning er særlig interessant i en dansk kontekst, i og med det i Danmark er ulovligt at reklamere for receptpligtig medicin⁶⁹. På den baggrund er Angstforeningen en særlig interessant for medicinalfirmaerne og udgør en konkret teknik, hvormed de kan legitimere deres økonomiske interesser og stadige produktudvikling⁷⁰. Det kan dog diskuteres om dette forhold er med til at sætte nogle begrænsende rammer for en pluralistisk tilgang i Angstforeningen, og om SSRI-behandlingen derfor præsenteres som en særlig gyldig behandlingsform.

⁶⁶ Mandat, Amternes Politiske Magasin, nr. 3, Amtsrådsforeningen 2006

⁶⁷ www.angstforeningen.dk/brochurer

⁶⁸ "Angstforeningens afhængighed af sponsorer", 8.1.2005, www.angstforeningen.dk/forum.php

⁶⁹ Lov om lægemidler, kap. 7, § 66, bekendtgørelse nr. 1180 af 12. december 2005

⁷⁰ Ifølge Lægemiddelstyrelsens lægemiddelstatistik 1998-2002, steg salget af SSRI-præparater med 17% fra 403 mio. kr. til 471 mio. kr., Lægemiddelstyrelsen, 2003.

Angstforeningen er en handlesammenhæng, der befinder sig i et særligt ”gråzoneområde”. På den ene side udgør det en særdeles vigtig social og oplysende instans og tjener til at støtte angstdiagnosticerede og aftabuisere angstlidelser. På den anden side er det en handlesammenhæng, der i høj grad videreproducerer en evidens- og ekspertbaseret psykiatrisk angstforståelse, der medfører, at angstdiagnosticerede ofte præsenteres for en bestemt angstforståelse. Samtidig er den præget af medicinalbranchens sponsorater som et betingelsesforhold, der er udslagsgivende for, at Angstforeningen får et økonomisk råderum, men at dette forhold samtidig betyder, at den forlader sin principielle uafhængighed.

5.4 Problematiserende diskussion

5.4.1 Samfundsøkonomiske og teknologifikserede styringsrationaliteter som grundlag for den biokemiske angstforståelses indpas

De løbende betragtninger fremhæver, hvordan de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum, defineret ved behandlerpraksisserne og rådgivningspraksissen, kan siges at være under indflydelse af grundlæggende *samfundsøkonomiske* og *teknologifikserede* styringsrationaliteter. Brugen af standardiserede diagnosedefinitioner samt fremskridt indenfor den teknologiske forskning i forhold til hjerneskaninger og medicinudvikling udgør de bærende sandhedsproducerende aspekter for en naturvidenskabelig/ positivistisk erkendelsesmæssig indfaldsvinkel til lettere psykiske lidelser som angst. Disse faktorer fremstår grundlæggende som en muliggørelse og berettigelse af en biologisk psykiatri, der konnoterer en evidensbaseret og effektorienteret biokemisk angstforståelse og i samme ombæring underbetoner psykologiske håndteringsformer. I samspil med det gennemgående argument om de økonomiske fordele ved medicinske behandlingsformer dannes på det professionelle plan rammerne for en grundlæggende legitimering af SSRI-behandling i håndteringen af lettere psykiske lidelser. Den biokemiske angstforklaring, med et relativt ensidigt udgangspunkt i ”den personlige forstyrrelse,” synes herigennem at forankre og stabilisere sig på tværs af de lokale praksisser, inden for hvilken lægen, psykiateren og Angstforeningen agerer. Ligeledes må medicinalbranchens slørede indlejring i de forskellige praksisser anskues som en del af de liberaliserede markeds kræfter, som er medbestemmende for udbredelsen af en produktorienteret sygdomsdefinition (Rose1986:83)

Set i relation til stigningen i antallet af lettere psykiske lidelser på det generelle samfundsplan er disse forhold med til at facilitere og aktualisere den psykiatriske vidensdiskurs som bærende sandhedsregime. Det institutionsanalytiske perspektiv illustrerer netop, hvordan psykiatriens øgede indpas må ses i tilknytning til velfærdspolitiske mål om at håndtere, helbrede og effektivisere den stadig stigende del af befolkningen, der udvikler psykiske forstyrrelser. Dette, til trods for, at den stigende udvikling af psykiske lidelser på det behandlermæssige plan knytter an til antagelsen om at være relateret til sociokulturelle problemstillinger. Med øje for de begrundelsesanalytiske

betragtninger antydes netop, hvordan informanternes psykiske problemer i høj grad knytter an til sociale problemstillinger så som arbejdspress, selvsatte krav, ensomhed og isolation, manglende social kompetence osv.

På denne måde anes en snæver relation mellem den politiske styring af et samfundsmæssigt problem og opprioriteringen af et behandlermæssigt sundhedssystem, der beror på effektive og omkostningsgunstige behandlingsmålsætninger. Som Rose skriver, kan psykiatriens fremgang og anerkendelse ses som retningsgivende for en samfundsmæssig specificering af mental stabilitet overfor mental afvigelse, der som et styringsmæssigt privilegium, gør den enkelte borger bevidst om sine afvigelser med mulighed for medicinsk og diagnostisk helbredelse. Begrundelsesanalysen vidner i høj grad om, hvordan de angstdiagnosticerede kommer til at forstå sig selv i kraft af diagnosen på måder, der legitimerer en normaliserende medicinsk handlingsorientering.

5.4.2 Risicistyring

Udviklingen kan endvidere ses som en form for avanceret samfundspolitisk risicistyring af potentielle samfundsdestabiliserende farer, hvor vi igen har med det selvansvarliggjorte individ at gøre. Kendetegnet for avancerede neoliberale styringsformer er netop, at de igennem øget markedsliggørelse af opgaver, der tidligere har været varetaget af offentlige foranstaltninger, lader ydelser og ekspertise koncentrere sig om ”forbrugerens” individuelle risicihåndtering (Dean 2006: 272). Denne undersøgelses løbende analytiske betragtninger vidner om, hvordan den medicinske behandling i høj grad antager karakter af selvansvarliggørende håndteringsmåder, der samtidig kolliderer med en række konfliktforhold relateret til problemforskydningsprocesser, som finder sted ved at gøre kroppen til genstand for styring. Alligevel medvirker diagnosetests, diagnose-definitioner, medicinalforskrifter, informationsmateriale og den konkrete receptudskrivning som overbevisende og dermed sandhedsproducerende instanser, der for den enkelte understøtter eller fremmer det personlige valg af medicinsk behandling. Dean fremhæver, hvorledes ’klinisk risiko’ – som en del af den avancerede neoliberale risicistyring, der skal fremme mennesket aktive sundhedsorientering - tager udgangspunkt i en øget kropslig regulering ved netop at anvende kombinationen af diagnosticering og teknologi:

”Klinisk risiko er baseret på epidemiologisk risikokalkulation, men kombinerer teknikker til risikoscreening med både diagnostisk og terapeutisk behandling. Dens procedurer retter sig mod ’den individuelle patologis indkredsning’. Ved at mobilisere teknikker til risikoscreening og kombinere dem med mere traditionelle former for ansigt til ansigt-diagnose søger klinisk risiko at knytte risiko til individers kroppe, så de kan gøres til genstand for mere intensiv overvågning og behandling” (Dean, 2006: 298)

WHO's fremskrivning af psykiske lidelsers hyppighed og DPS' forslag om specialdesignet medicin samt forebyggende behandlingsformer indikerer, at man tendentielt søger mod en "medicinsk og kropslig håndtering" af de risici, som sociokulturelle problemstillinger medfører for den enkelte. En udvikling, der forekommer problematisk set i relation til de konfliktforhold, som er belyst i foregående analyse. Her kommer det bl.a. til udtryk, hvorledes flere af de angstdiagnosticerede – til trods for aktiv indsats i forhold til såkaldt kropslig normalisering – brænder inde med en 'sygdomsforståelse', der fører til forstærket social disintegration eller tvivl omkring evnen til at kunne deltage under eksisterende arbejdsmarkedsmæssige forhold. Disse betragtninger hænger umiddelbart tæt sammen med den måde, hvorpå den psykiatriske vidensforståelses udkrystalliserede magt integreres i individuelle forholdemåder og handlemåder – såvel på det professionelle og rådgivningsmæssige plan som i de angstdiagnosticeredes sociale sfærer.

5.4.3 Den biokemiske magt-viden-relation som katalysator for problemforskydning

Det analytiske indblik i de forskellige handlesammenhænge opnået via begrundelsesanalysen kaster i samspil med det betingelsesanalytiske perspektiv lys over den decentraliserede magt, der ligger i det psykiatriske vidensregimes udbredelse: Der stilles øgede krav til lægen, som føler sig presset og uafklaret i forhold til receptudskrivning og diagnosticering; det udgør det primære talerør for Angstforeningen; den angstdiagnosticerede tager mere eller mindre ukritisk diagnosen på sig og begynder medicinsk behandling, og omgivelserne reagerer umiddelbart positivt på den psykiatriske fremgangsmåde (jf. informantpåpegning af, hvorledes vedkommendes forældre bedre kunne forholde sig til psykiaterens håndteringsformer end psykologens).

Det samfundsmæssige mulighedsrum, vi her belyser, medvirker til yderligere klarhed af de forskellige institutionelle niveauer, hvor den biokemiske angstforklaring mere eller mindre ensidigt slår rødder uden plads til alternative forklaringsaspekter og mere helhedsorienterede rådgivnings-tilgange. Tilgange, der overskrider *problemcentreringen* om det enkelte individ, som via medicinsk behandling og delvist via kognitiv terapi, ikke blot bliver ansvarliggjort for sin normaliseringsorienterede helbredelse, men ligeledes underkastes en kropslig *personificering* af selve angstudviklingen. Snarere end at udvikle ekspliciterede politiske programmer til at afstedkomme problemet som en *socialpolitisk* opgave, er det i højere grad samspillet mellem en *markedsbestemt* produktudvikling, *ansvarsdelegering* til sundhedssystemet og *individualiserende* behandlingsformer, der sætter dagsordenen. Den biokemiske/psykiatriske vidensforståelse omsættes i praksis i rådgivning og retningslinjer for normaliserende adfærd, der selv i foreningsregi virker som barrierer for mere pluralistiske og ikke-ekspertdeterminerede tiltag. F.eks. i forhold til oplysning omkring alternative og mere eksperimenterende behandlingsudveje eller en social problemkonfrontering, der fremmer den angstdiagnosticeredes erkendelses- og rettighedsmuligheder. SSRI-behandlingen fremstår modsat som den mest legitime behandlingsinstans og mindsker af samme vej etisk

stillingtagen og en grundlæggende refleksion over alle de problematiske aspekter, der relaterer sig til angstudviklingen (konkret i forhold til informantperspektiverne kan nævnes familiemæssige dødsfald, stressende arbejdsforhold, ensomhedsproblemer osv.). De angstdiagnosticeredes deltagelse, især i psykiaterkonsultationerne, og delvist gennem deres kontakt med de rådgivende instanser, betyder, at de i høj grad tager de i overvejende grad de professionelle udlægninger på sig. Endvidere påbegyndes en omfattende selvdiagnosticering og omverdensdiagnosticering, hvor informanterne videreformidler den psykiatriske vidensforståelse gennem handlemåder, hvor man gør sig selv og omgivelserne til "objekter" for den biokemiske angstlidelse – én peger på sin datter som socialfobiker pga. generthed, mens en anden peger på sin kollegas nervøse træk som tegn på ikke-erkendt panikangst. Den biokemiske angstforståelse synes derfor yderligere at sætte igennem uden for selve behandlerpraksissen på aktør- og autoritetsafhængige måder, hvor skillelinjen mellem normalitet og diagnosticerende og behandlingskrævende afvigelsestræk fremstår slørede.

De overordnede betragtninger af begrundelsesanalysen, konfliktanalysen og det institutionstionsanalytiske perspektiv trækker trådene til, hvorledes de angstdiagnosticeredes råderum samt forholdemåder og handlemåder i forhold til angstudviklingen og angsthåndteringen må ses i et mangefacetteret dialektisk samspil med:

- Dels forskellige *konfliktfyldte* betingelser, som er konkret indlejret i forskellige handlesammenhænge såsom arbejdspladsen, uddannelsesinstitutionen, den daglige livsførelse osv., og skaber dilemmaer og konflikter for den enkelte af både personlig, social og positionel karakter. Dette hænger bl.a. sammen med, at man primært ser disse som forårsaget af *egen* utilstrækkelighed og derfor gør det til sin *personligt isolerede* opgave at forsøge at beherske problemerne.
- Dels behandlermæssige og rådgivningsmæssige praksisindlejrede teknikker, der *producerer* og *synliggør* en bestemt sandhed om angstopkomstens årsag på et institutionelt plan. Disse teknikker forekommer på overbevisende måder meningsgivende og tilstrækkelig for den enkelte til trods for en oprindelig medicinskepsis/den biokemiske angstforklaringens reduktion af angsten sociale betingethed/ positionen som sygdomsoffer/ubehaget ved en medicinsk styret krop.
- Dels det overordnede samfundsmæssige mulighedsrum, der via *samfundsøkonomiske* og *teknologifikserede* styringsrationaliteter udlægger begrænsende orienteringsbetingelser til behandler- og rådgivningspraksisser. I den forbindelse fremmes medicinalbranchens og psykiatriens definitionsautoritet, hvilken på et grundlæggende plan retter sig mod medicinske løsninger på et stigende samfundsproblem.

5.4.4 Almene rationalitetslogikkers legitimerende indflydelse

Dette brede spektrum af både nærkontekstuelle og samfundsmæssige betingelser medvirker ikke blot for den angstdiagnosticerede, men også for behandleren, rådgiveren, pårørende, arbejdsgiveren, politikerens osv. til, at den biokemiske angstforklaring og SSRI-behandlingen antager en legitim og gyldig karakter. Forholdene er på et reelt plan med til at lade den medicinske behandling fremstå nærliggende for den angstdiagnosticerede på trods af de konfliktforhold, der udspringer heraf. Hvad, der på det subjektformidlede plan bidrager til den biokemiske angstdiagnose og SSRI-behandlings *subjektive funktionalitet* må dog ligeledes ses i relation det vi kalder 'almene rationalitetslogikker'. Vi mener, i kraft af de analytiske betragtninger, at kunne pege på en række almene logikker, der på det individuelle plan gør tilegnelsen af den biokemiske angstforklaring og SSRI-behandlingen meningsgivende set i et intersubjektivt gyldighedsperspektiv. Der er her tale om forbundne rationalitetslogikker; *normaliserings- og effektorienteret* rationalitetslogikker, *evidens- og ekspertorienteret* rationalitetslogikker samt en *selvforvaltningsorienteret* rationalitetslogik. .

Normaliserings- og effektorienterede rationalitetslogikker

Særligt for de virksomhedsansatte og de studerende gælder det, at deltagelsen i de lokale praksisser hos den alment praktiserende læge og hos psykiateren afspejler en *effektorientering*, hvor den angstdiagnosticerede i samspil med behandleren begrundet påbegyndelse og varigheden af SSRI-behandlingen ud fra målet om at 'normalisere handleevnen'. En handleevne, der betyder, at arbejdsmarkedsmæssige og uddannelsesmæssige funktioner kan varetages, selvom disse forekommer problematiske. Denne effektorienterede logik synes at have en betydningsrelation til de virksomhedsansattes og studerendes 'præstationsorienterede selvbilleder', der indebærer adskillige selvsatte og ambitiøse krav om at leve op til forskellige livsførelsesstrategier; eksempelvis i spørgsmålet om at opnå gode eksamenskarakter på trods af sorg over dødsfald i familien.

De ikke-arbejdsmarkedstilknyttede udtrykker snarere en rationalitetslogik, der retter sig mod en grundlæggende *normalisering* af deres 'afvigende selvbilleder', hvor det gælder, at SSRI-behandlingen gribes som en præmis, der kan mindske den personlige sociale disintegration eller oplevelsen af at være 'afvigere'. Dog antydes samtidig en mere passiverende indstilling til 'livet som SSRI-bruger' hos disse informanter, hvorfor der kun indenfor snævre rammer peges på den faktiske 'normaliserende gavn', der udvindes af medicinbrugen. F.eks. givet ved ikke at udtrykke vrede og frustration over sin livssituation, at kunne omgås socialt med andre mennesker, at kunne overskue basale ting som indkøb osv.

Ser vi på den overordnede diskursive italesættelse af den biokemiske angstforklaring og behandlingsteknikker i behandler- og rådgivningspraksissen, udfolder normaliserings- og

effektlogikkerne sig her som grundlæggende argumenter for at anvende SSRI-behandling, hvilket videreformidles i informaternes forholdemåder og handlermåder.

Evidens- og ekspertorienterede rationalitetslogikker

Yderligere ser vi, hvordan det at orientere sig ud fra psykiatrisk ekspertviden og lade de psykiatriske ekspertprogrammer sætte dagsordenen i behandler- og rådgivningspraksisserne umiddelbart beror på en overindividuel og intersubjektiv gyldighed.

Dette forhold opnår vi empirisk kendskab til gennem informanternes forløbsbeskrivelser, hvor søgen efter eksperten, der kan stille en specifik og evidensbaseret diagnose samt tilbyde en effektiv og håndfast behandling, begribes som en mere eller mindre given handlepræmis i forbindelse med symptomudviklingen. I bestræbelse på at opnå disse mål via deltagelse i behandlerpraksissen lægger flere af de angstdiagnosticeredes pres på den alment praktiserende læge – begrundelsesanalysen skildrer tilfælde, hvorledes det resulterer i konflikter læge og patient imellem. Det institutionsanalytiske perspektiv vidner samtidig om, at forventningen om en handlingsdygtig patienthåndtering – både fra patientsiden og ekspertsiden – gør det til en præmis for den almene læge i øget omfang at gøre brug af diagnosetest samt efteruddanne sig indenfor det psykiatriske vidensfelt. Ligeledes synes Angstforeningens informations- og rådgivningskilder i høj grad at repræsentere de psykiatriske ekspertdiskursiveringer via materiale og kommunikativ rådgivning. Det hindrer på flere måder foreningsarbejdet i at fremstå som et alternativt og mere åbent samt pluralistisk organ i forhold til de behandlermæssige praksisser. Sidst og ikke mindst vidner informantfortællingernes beskrivelser af arbejdskollegeres, familiemedlemmers og bekendtes forholdemåder om, at de psykiatriske håndteringsformer for fleres vedkommende fører til accept og involvering fra større dele af omgivelserne. Her gives flere eksempler på, hvordan erfaringsudvekslende selvekspertise danner rammer for dialog.

Den selvforvaltningsorienterede rationalitetslogik

Den samfundsmæssige legitimering af den biokemiske angstforståelse og SSRI-behandlingen må endvidere forstås ud fra en mere latent og gennemgribende rationalitetslogik, som antydes via informantperspektivet. Denne betegner vi som en logik af *selvforvaltningsorienteret* art, som relaterer sig til governmentality-perspektivets præcisering af selvansvarliggørende og selvregulerende mekanismer.

Som det er berørt forskellige steder i de analytiske gennemgange antydes det, hvordan selve angstudviklingen på særegne måder hænger sammen med det at føle sig personligt *ansvarliggjort* for sin manglende evne til at håndtere konfliktfyldte betingelser tilknyttet forskellige handlesammenhænge. Dette medvirker eksempelvis til, at de virksomhedsansatte i forbindelse med

arbejdsrelaterede problematikker slutter problemer om sig selv og handler restriktivt på gældende betingelser frem for at gå i reflekterende dialog med deres arbejdsgivere på et tidligt tidspunkt, inden angsten for alvor slår igennem. Generelt fremhæver de virksomhedsansatte og studerendes perspektiver, hvordan stressrelaterede sider af angstudviklingen skyldes, at man *personligt* ”ikke magter opgaverne”, ”selv må stå til ansvar for sine arbejdsopgaver”, ”lider af lavt selvværd”, ”kun kan acceptere gode karakterer” osv. I målet om at opretholde livsførelsesomstændighederne og de ambitiøse livsstrategier anvendes psykologiske og terapeutiske redskaber som coaching, supplerende kurser, løbende terapi m.m. M.a.o. ser man det som *sit projekt* at leve op til det, man fortolker som *selvvalgte* betingelser i relation til arbejdsmarkedet og studielivet. Ligeledes gælder det for de to ikke-arbejdsmarkedstilknyttede, at en dårlig barndom og afvigeridentiteten hænger tæt sammen med, at føle sig *personligt* ”fortabt”, hvilket resulterer i strategier, hvor man yderligere fjerner sig fra den offentlige og sociale sfære i forbindelse med angstudviklingen. Overordnet ses det dermed, hvordan fortolkninger af de begyndende angstsymptomer læner sig op ad devisen om selvstændigt at skulle forvalte sin problematiske situation.

Med baggrund i behandlerkonsultationerne markeres et perspektivskift, hvor *selvforvaltningslogikken* antager nye former. Vi ser via begrundelsesanalysen, hvordan informanterne begrunder deres manglende handleevne til at håndtere arbejdsmarkedsmæssige, uddannelsesmæssige og sociale idealer ud fra manglen på *serotoninproduktion*. På paradoksalt vis opleves ”det at være bærer af en biokemisk defekt” som en mere legitim begrundelse for angstsymptomerne end ”det ikke at kunne leve op til arbejdsmarkedets krav eller studiemæssige ambitioner”, ligesom ”det at have opgivet arbejdsmarkedet, at være ’unormal’ og asocial” nu kan begrundes kemisk. Den forudgående fortolkning af ”jeg-omverdens-problematikker” kan dermed siges at fremstå mere gyldige, såfremt de begrundes ud fra *fysiske* afvigelser. Den psykiatriske diskurs omhandlende specifikke diagnosticeringer og SSRRI-behandling – repræsenteret via den praktiserende psykiater – imødekommer det subjektivt oplevede behov for at få erstattet handlingsrefererende selvbebrejdelse/selvproblemativering forbundet til sociale konflikter med årsagsforklaringer, der i høj grad reducerer angstens forbindelse til handlingsmæssige nederlag og sociale marginaliseringsproblematikker. Det afspejles endvidere, hvordan muligheden for kropslig selvregulering og normalisering via SSRRI-behandlingen begribes som subjektiv funktionel af den enkelte set i lyset af den selvforvaltende rationalitetslogik. Det somatiske fokus, der udspringer af diagnosen, muliggør umiddelbart nye selvforvaltningsstrategier og teknikker med kroppen som reguleringsobjekt.

Rose diskuterer, hvorledes opkomsten af den somatiske individualitet udgør nye former for reguleringsmæssig selvstyring, som bidrager til individorienterede, selvoptimerende og ansvarliggørende identifikationsmuligheder:

”By somatic individuality, I mean the tendency to define key aspects of ones individuality in bodily terms, that is to say to think of oneself as ‘embodied’, and to understand that body in the language of contemporary biomedicine. To be a ‘somatic’ individual, in this sense, is to code one’s hopes and fears in terms of this biomedical body, and to try to reform, cure or improve oneself by acting on that body” (Rose 2004:18)

I brede træk afspejler analysedelene en sådan tendens. Den ”kropslige og medicinske selvforvaltning” medvirker på mange måder som en selvregulerende instans for de angstdiagnosticerede og heraf som katalysator for i endnu højere grad at anskue angstudviklingen og håndteringen som et personligt og individuelt anliggende. Samtidig giver dette på problematisk vis udslag i, at de personer, der ikke har det ressourcemæssige og økonomiske overskud, ender i en situation, hvor øget social eksklusion udgør en grundlæggende realitet. På visse områder fremstår Angstforeningen som et væsentligt modspil til den selvforvaltningsorientering, som behandlingssystemet er medkatalysator for. Her kan nævnes selvhjælpsgrupperne, som de to fremhævede ikke-arbejdsmarkedstilknyttede informanter gør brug af samt de generelle muligheder for at dele erfaringer og meninger med andre angstdiagnosticerede eksempelvis via hjemmesidens netchat-forum.

5.5 Afrunding

Med det institutionsanalytiske perspektiv er det blevet klarlagt, hvorledes behandler- og rådgivningspraksissen er under indflydelse af teknologifikserede og samfundsøkonomiske styringsrationaliteter, og at dette forhold i samspil med ’almene rationalitetslogikker’ konstituerer de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum og SSRI-behandlingen som en gyldig behandlingsform. I det følgende og konkluderende kapitel vil vi sætte disse betragtninger i relation til en velfærdsstatslig problematisering og indkredse indikationerne på de udskilnings- og passiveringsmekanismer, der med SSRI-behandlingen, gør sig gældende for gruppen af angstdiagnosticerede. I forlængelse heraf vil vi med de problematiserende overvejelser in mente afslutningsvist perspektivere til potentielle forandringsmuligheder, der kan bryde med de eksisterende udviklingstendenser.

Kapitel 6. Konkluderende og perspektiverende problematisering

Med udgangspunkt i en undersøgelse af angstdiagnosticeredes perspektiver på og narrative beskrivelser af 'livet som angstdiagnosticeret i medicinsk behandling' har vi løbende søgt mod en forståelse af, hvilke konsekvenser behandlingen har for de angstdiagnosticeredes livssituation. Vi finder ad denne vej frem til, hvorledes der knytter sig komplekse konfliktforhold til det at være angstdiagnosticeret SSRI-bruger. Der antydes tre overordnede konfliktforhold:

- Friheden til at være "normal" over for det problematiske ved en medicinsk styret krop.
- Angstdiagnosen og behandlingens legitime forklaringskraft over for det problematiske ved en samtidig 'position som sygdomsoffer'.
- Den biokemiske angstforklaring som forløsende afklaring på kropslige angstsymptomer over for det problematiske ved diagnosens og SSRI-behandlingens underbetoning af sociale betingelsers indflydelse på angstudviklingen og/eller angstsymptomerne.

Konfliktforholdene illustrerer en dobbelthed: De meningsgivende sider ved angstdiagnosen og den medicinske behandling medfører samtidig adskillige mulighedsbegrænsede betingelser for den enkelte – både af selvforvaltende, social og samfundsmæssig art.

I denne afrundende og konkluderende diskussion koncentrerer vi os om at tydeliggøre, hvordan konfliktforholdene udfolder en problemfyldt karakteristik af angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum. Vi anlægger i denne sammenhæng et kritisk perspektiv, som retter sig imod, hvordan problemstillingen illustrerer et såkaldt 'velfærdsstatsligt paradoks'. Her peges på, hvordan en økonomiseret tilgang til det stigende antal af psykiske lidelser er med til at producere en social problemforskydning med risiko for en øget befolkningsmæssig marginalisering og passiverende sygeliggørelse. Fra et *regulationspolitisk* og et *deltagelsesorienteret* perspektiv diskuteres potentielle forandringsmuligheder, som kan afstedkomme et mere aktivt, problemkonfronterende og dialogmangfoldigt mulighedsrum for angstdiagnosticerede.

Undersøgelsen danner et billede af, hvorledes et spektrum af niveauforskudte betingelser har indflydelse på den angstdiagnosticeredes angsthåndtering og -forståelse. En analytisk betragtning af informanternes individuelle begrundelser for medicinsk behandling set i et retrospektivt perspektiv giver indblik i, hvordan den *subjektive begribelse* af kontekstuelle betingelser processuelt gør den medicinske behandling *subjektiv funktionel* for den enkelte. Der skabes dernæst et analytisk bindeled mellem informantfortællingernes situationsbeskrivelser af egne og andre parters forholdemåder og et institutionsanalytisk perspektiv, hvor vi angiver den medicinske behandlings

intersubjektive gyldighed og *legitimering* med inddragelse af sekundær empiri, der overordnet afdækker det behandlings- og rådgivningsmæssige perspektiv. Endvidere demonstrerer det institutionsanalytiske perspektiv, hvordan samspillet mellem *samfundsøkonomiske* og *teknologifikserede styringsrationaliteter* er retningsgivende for både den lægelige, psykiatriske og rådgivende praksis medicinske forholdemåder. Det er i høj grad det dialektiske samspil mellem disse niveauer, der definerer de angstdiagnosticeredes mulighedsrum. Lige såvel skaber det klarhed omkring, hvorledes konfliktforholdene er bygget op om subjektive formidlinger af det sociale og reelle samfundsmæssigheds begrænsende betingelsesdimensioner. Baggrunden for disse konkluderende betragtninger påkræver sig uddybende kommentarer og derfor opsummeres kort de relationelle betingelser, der på kompleks vis legitimerer den medicinske behandling set i tilknytning til analysen af det empiriske materiale.

6.1 Medicinens subjektive funktionalitet

Som påpeget når vi ud fra undersøgelsens helhedsorienterede sigte indsigt i, hvad der for den enkelte retrospektivt har gjort valget af medicinsk behandling meningsgivende (subjektiv funktionel). I denne sammenhæng er der blevet fokuseret på perspektiverende udlægninger af livsførelsessammenhænge under angstudviklingen, i diagnosticerings- og under behandlingsforløbet. Mere eller mindre givne betingelser såsom stærke kropslige symptomer og den manglende mulighed for offentlig betalt psykologhjælp udgør de mest italesatte argumenter for selve valget af SSRI-behandling til trods for en umiddelbar medicinskepsis. Vi ser dog samtidig, hvordan de angstdiagnosticeredes begrundelser relaterer sig til kontekstuelle betingelser, som medvirker til, at den medicinske behandling, i tæt tilknytning til selve angstdiagnosticeringen, indtager en subjektiv funktionel betydning for den enkelte. Det ses her, hvordan både diagnosticeringens og behandlingens subjektive funktionalitet relaterer sig til informanternes forskellige måder at *gribe* deres betingelser løbende i forhold til arbejde (forsøget på at leve op til et stort arbejdspress), uddannelse (at leve op til idealet som 'den gode studerende') eller livet generelt (at være 'enspænder'/'anderledes'). Typisk tager de livsførelsesproblematikker, der spiller sammen med angstudviklingen, form som et *selvomsluttende* forhold dvs. hvor de begyndende angstsymptomer anskues som værende et problem man *selv* må tackle i forsøget på at opretholde en intakt livsførelse i f.eks. den arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige handlesammenhæng. Selvom omverdensproblematikker i form af dødsfald, stigende arbejdspress, studieproblemer har relation til symptomudviklingen ses angsten som noget, der griber ind i en ens *personlige* verden og som man derfor *alene* skal finde løsninger på. I mødet med den professionelle praksis *bekræftes* angstudviklingen som en problematik vedrørende *selvet* via den biokemiske angstforklaring men på måder, der af de angstdiagnosticerede umiddelbart synes at skabe nye muligheder for selvhåndtering og selvforståelse. Ud over at forklare de kropslige og psykiske symptomer opleves diagnosen som *selvafklarende* i forhold til, hvorfor man ikke har formået at tackle de

arbejds-mæssige vilkår, hvorfor man til tider har svært ved at opretholde et ambitiøst liv som studerende, hvorfor man altid har følt sig 'anderledes' m.m. SSRI-behandlingen. I flere tilfælde gør kognitive terapiredskaber det ydermere muligt at få *genoprettet* sine livsførelsesstrategier i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedet, familien osv. som konsekvens af den akutte fysiske og psykiske symptomdæmpning.

Betragtningerne viser, hvordan et oplevet *selvansvar* for livsførelsesproblematikker f.eks. at have sat sig selv i en lederposition eller at leve et socialt isoleret liv forskydes i retning af et *kropsligt* fokus i mødet med den professionelle praksis. På meningsgivende vis erstattes livsførelsesproblematikkernes selvproblematiserende forhold til dels med den biokemiske angstforståelse som forklaringsenhed gennem 'ekspertens' (lægen/psykiateren) forholde- og handlemåder. Kroppen kan siges at blive gjort til genstand for en "medicinsk selvanvarliggørelse", hvor det er den enkeltes *medicinske forvaltning af sin krop*, der står i centrum for etableringen af både nye mulighedsbetingelser (at få friheden til at være normal, at kunne bruge sin diagnose som strategisk redskab til social forståelse osv.) og genoprettelsen af tidligere mulighedsbetingelser (at vende tilbage i sin arbejdsposition, at vedligeholde idealet som 'den gode studerende'). Dette forhold afstedkommer endvidere, at de angstdiagnosticerede på flere områder bliver mere 'åbne' og oplever at få større anerkendelse og/eller engagement fra kollegaer, visse familiemedlemmer, venner og bekendtes side, da de med udgangspunkt i diagnosen kan forklare livsførelsesproblematikkerne på nye og mere *handlingsorienterede* måder.

Vi synes her at identificere en forbindelse mellem det at slutte og begrunde angstproblematikkerne *om sig selv* og *i sit selv*, som gør at man i høj grad forliger sig med den biokemiske angstforklaring og medicinske behandling til trods for angstudviklingens forbindelse til sociale problematikker. Informantperspektivet belyser, hvordan selvproblematiseringen erstattes med en diagnostisk forklaring, der umiddelbart udlægger handlingsmæssige mulighedsudvidelser via den medicinske behandling og samtidig opløser selvproblematikkerne i en aftabuiserende sygdomsorienteret optik. En optik, der dog samtidig i en vis udstrækning synes at tilsløre grænserne mellem 'normalitet' og 'sygelighed'. Som den analytiske relation mellem informantfortællingerne og det institutionsanalytiske perspektiv viser, forgrener den biokemiske angstforklaring og medicinske indfaldsvinkel i adskillige dele af det samfundsmæssige mulighedsrum, som de angstdiagnosticerede bevæger sig inden for i deres søgen på hjælp, afklaring og håndteringsmetoder. Med en diagnosticerende og behandlende base i den professionelle praksis (lægen og/eller psykiater), forankrer *legitimeringen* og *anerkendelsen* af den psykiatriske angstforståelse sig i det offentlige rum (patientforeninger, informationsmateriale, debatfora, websider) og i sociale relationer (familie, bekendte, arbejdspladsen, studiekammerater osv.). Spektret af ensrettede behandlingsorienteringer og oplysningskilder *videreformidles* i de angstdiagnosticeredes perspektiver gennem nye

forholdemåder til psyken, som primært indtager karakter af et kropsligt og medicinkrævende objekt⁷¹. Flere af de angstdiagnosticerede giver endvidere udtryk for aktivt at *overføre* angstforklaringen i fortolkninger af andre episoder/perioder i deres levede liv samt i fortolkninger af omgivelserne (yderligere selvdagnosticering, generel diagnosticering af omgangskreds).

6.2 Sammenhængen mellem medicinens subjektive funktionalitet og intersubjektive gyldighed

Det kommer til syne, hvordan de angstdiagnosticerede i interaktion med deres omgivelser synes at orientere sig inden for, hvad vi kalder *almene rationalitetslogikker*, dvs. generelle forholdemåder, der har et alment gyldigt islæt på det intersubjektive plan. Konkret er 'almene rationalitetslogikker' med til at definere en tværandividuel begrundelsesramme for brugen af medicinsk behandling. Dvs. visse af de begrundelser, der kommer til udtryk i de angstdiagnosticeredes perspektiver ligeledes finder deres berettigelse i andre implicerede parters forholde- og handlemåder (i behandlingspraksissen, kollegaer, familiemedlemmer, bekendte, selvhjælpsgruppen osv.). Ovenstående betragtninger fremhæver dette aspekt eksemplificeret ved en *selvforvaltende* rationalitetslogik. Vi ser, hvordan det at slutte angstfremkaldende livsførelsesproblematikker om sig selv på mange måder knytter an til det forhold, at man, i sine overvejelser/ små forsøg på at inddrage omgivelserne inden mødet med den diagnosticerende praksis, begrunder sin tilbageholdenhed/andres tilbageholdenhed ud fra udsagn som "det var pinligt, at jeg som voksen mand havde natteangst", "jeg havde selv sat mig i en lederposition – derfor var problemet mit", "alle på virksomheden var stressede, derfor forekom mit problem ikke ekstraordinært". I mødet med behandlerpraksissen forankres den selvforvaltende rationalitetslogik typisk med termer som "medicinen hjælper dig til at få styr på dit liv, så du kan arbejde med dig selv". Ligeledes indikeres det særligt via den arbejdsmæssige handlesammenhæng: "Du skal bare sørge for at blive rask" og på visse områder i den familiemæssige handlesammenhæng: "Mine forældre kunne bedre forholde sig til den psykiatriske tilgang, fordi så var der nogle konkrete behandlingsmæssige løsninger på mit problem".

Ved at sammenstille det begrundelsesanalytiske perspektiv (de angstdiagnosticerede) og det institutionsanalytiske perspektiv (behandleren, rådgivning via sekundær empiri) opnås ydermere klarhed over, hvorledes den selvforvaltende rationalitetslogik udmønter sig i mere konkrete handlingsorienterede rationalitetslogikker som aktualiseres i en almen gyldig begrundelsesramme. For både den angstdiagnosticerede og behandleren bliver den medicinske behandling handlingsfundamentet for at imødekomme en *effekt- og normalitetsorienteret* rationalitetslogik. For den

⁷¹ Naturligvis har det forhold, at selve angstsymptomerne kommer til udtryk kropsligt, en grundlæggende legitimerende indflydelse på tilegnelsen af den biokemiske angstforklaring, men det retropektive perspektiv indikerer samtidig de kropslige angstsymptomers forbindelse til vekselvirkningsforholdet mellem sociale og selvsatte betingelser. Det er denne paradoksale kendsgerning, der genpejles i en samfundsmæssig legitimering, som forskyder fokus fra en socialpsykologisk og samfundsmæssig problematisering.

angstdiagnosticerede, særligt de virksomhedsansatte og de studerende, begribes den medicinske behandling som en konkret og virkningsfuld teknik, hvormed de søger at opretholde/genoprette deres livsstrategier, herunder deres arbejds- og uddannelsesmæssige positioner. Ligheder i informanternes situationsbeskrivelser og inddragne empiriske undersøgelser af læge- og psykiaterpraksissen påpeger medicinvalgets relation til en almen begrundelse om effektive behandlingsmetoder, der fastholder patienten på arbejdsmarkedet, er samfundsøkonomiske rentable og tilfredsstillende i forhold til patientefterspørgsel. For de ikke-markedstilknyttede slutter begrundelser for behandlingen sig endvidere om en *normaliseringsorienteret* rationalitetslogik, hvor medicinen begribes som den 'eneste' reelle mulighedsbetingelse, der baner vejen mod social integration/mindsket afvigeradfærd. For flere informanter gælder desuden, at de orienterer sig ud fra en *evidens- og ekspertorienteret rationalitetslogik*, hvor påbegyndelsen af SSRI-behandlingen ligger i umiddelbar forlængelse af initiativer, hvor der efterspørges en umiddelbar afklaring af de kropslige symptomer. I den sammenhæng har den psykiatriske evidensbaserede vidensforståelse særlig gennemslagskraft og betyder, at psykiaterens udlægninger af de angstdiagnosticeredes livssituation tillægges en særlig autoritet.

Forbindelsen mellem de almene rationalitetslogikker er derved retningsgivende for en samtidig almengørelse af den medicinske behandling, der i mødet mellem patienten og den professionelle processult fører til overensstemmelse mellem den angstdiagnosticeres udgangspunkt og praksisernes eksisterende mulighedsbetingelser. I en subjektivt formidlet fremstilling er det med til at begrunde, hvorledes de, der oprindeligt indtræder i behandlerpraksissen med ønsket om terapeutisk hjælp, begynder i medicinsk behandling. Hos flere informanter forekommer der et perspektivskift, hvor psykiatriske håndteringsformer og den medicinske behandling opprioriteres frem for psykologisk terapi osv. De almene rationalitetslogikker begrundes på denne måde, hvordan informanternes 'selvbilleder' og bestræbelser på flere måder harmonerer med de mulighedsbetingelser, diagnosen og den medicinske behandling umiddelbart afstedkommer. Forholdet afspejler derfor også, hvorfor det at "godtage"/"tilegne sig" den biokemiske angstforklaring som 'sandhed' set i et alment/intersubjektivt rationalitetsperspektiv legitimeres. Ligeledes medvirker denne proces til, at det psykiatriske vidensparadigme og i visse tilfælde psykiaterens autoritet situeret videreformidles på meningsgivende og subjektivt funktionelle måder hos den enkelte.

6.3 Hvordan legitimeringen af SSRI-behandlingen i praksisdeltagelse indgår i et dialektisk forhold med et markedsbestemt og teknologiseret samfundsmæssigt mulighedsrum

Forholdene afspejler, hvorledes komplekse indikatorer som "jeg vil have mit liv tilbage" eller "jeg ønsker at få et normalt liv" i lyset af de almene rationalitetslogikker på et kortsigtet plan får medicinen til at fremstå som den langsigtede mulighed i mødet med behandlerpraksissen. Overvejende udtrykkes det dog i et her-og-nu-perspektiv, at medicinen i sig selv ikke har været nok

til at bryde med de grundlæggende livsproblematikkens angstrelaterede dimensioner. De økonomisk ressourcestærke har via selvfinansieret supplerende terapi opnået terapeutiske redskaber, som de, ifølge dem selv, ikke kunne have været foruden. Der er dog enighed om medicinens basale gavnlighed med henvisning til begrundelsen om for lav serotoninproduktion, skønt angst-udviklingen har relation til spillet mellem egne forholdemåder og kontekstuelle betingelser. Det ses her, hvilken handlingsgivende og udkrystalliseret magt, der ligger i den evidensbaserede ekspertudtalelse, som de angstdiagnosticerede læner sig op ad. Ved at sammenholde dette med de reelle betingelser, der former de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum bliver det klarlagt, hvordan de behandlingsmæssige og rådgivningsmæssige praksisser grundlæggende er under indflydelse af en økonomisk styringsrationalitet. En styringsrationalitet, der så at sige begrunder fokus på angstlidelsens biokemiske forklaringskraft på baggrund af samfundsøkonomiske fordele ved den medicinske behandling. Denne styringsrationalitet udtrykkes på politisk niveau via fastsættelsen af tilskudsordninger til medicinale præparater, men indlejrer sig ligeledes i det netværk af praksisbetingelser, den angstdiagnosticerede møder på sin vej efter oplysninger, rådgivning og behandling. Generelt kan psykiatrien, medicinalbranchen og den teknologiske udvikling ses som gensidigt understøttende led, der på samfundsøkonomisk gunstig vis gør SSRI-behandlingen relevant i lyset af den biokemiske angstforklaring. Det er i høj grad disse led, der er med til at definere de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum.

Anvendelsen af det institutionsanalytiske perspektiv på læge- og psykiatripraksissen samt Angstforeningen som rådgivende praksis belyser dette forhold. Det giver indsigt i, hvordan den lægelige og psykiatriske debat læner sig op ad de samfundsøkonomiske fordele ved SSRI-behandlingen som argument for manglende terapeutiske alternativer. I denne sammenhæng refereres der til, hvordan relationen mellem *sandhedsproducerende praksisteknikker* i form af standardiserede diagnosetests, teknologisk forskning og medicinale forskrifter fremstår som det gyldige grundlag, der sættes i stedet for en etisk stillingstagen. Undersøgelsen af de angstdiagnosticeredes perspektiver indikerer netop, hvordan det situerede valg af medicinsk behandling knytter an til denne relation. Samtidig fremhæver sekundære undersøgelser, at den alment praktiserende læge ofte lader sig guide af økonomiske overvejelser og psykiatriske retningslinjer i forbindelse med receptudskrivning.

Det institutionsanalytiske perspektiv vidner desuden om, hvordan medicinalbranchen, via en omfangsrig produktudvikling og diverse sponsorater, udgør en indflydelsesrig aktør i behandlingspraksissen, den rådgivende praksis (Angstforeningen) og generelt i det 'offentlige informationsrum' (informationsbrochure, oplysende websider). De angstdiagnosticeredes fortællinger afspejler netop, hvordan de i behovet for rådgivning og selvekspertise angående deres symptomer, angstlidelsen generelt og SSRI gør brug af de sponsorerede og dermed principielt interesseafhængige organer.

Overordnet kommer vi således frem til, hvordan kontekstuelle handlesammenhænge består af et spektrum af niveau-forskudte betingelser, som videreformidles i den angstdiagnosticeredes selvlegitimering af den medicinske behandling. Den komplementerende begrundelsesmæssige drivkraft bag denne udvikling læner sig umiddelbart op ad målet om en angsthåndtering, der appellerer til evidens, effektivitet og normalisering (rationalitetslogikker). Dette illustreres i bredt omfang igennem de angstdiagnosticeredes situationsbeskrivelser af egne og andre parter forholdemåder og handlemåder i forløbet fra angstudviklingen får greb om livsførelsen til deres livssituation som angstdiagnosticerede og medicinbrugere. Det empiriske kendskab vi opnår gennem analyse af disse betingelser, verificerer her flg. tese; at angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum kan forklares ud fra følgende tre dialektisk forbundne forhold: 1) *Samfundsøkonomiske og teknologifikserede styringsrationaliteter*, 2) *Sandhedsproducerende praksisteknikker* såsom diagnostests og psykiatriske forskrifter, der fremmer fokus på den biokemiske angstforståelse og 3) *'almene rationalitetslogikker'*, der bidrager til SSRI-behandlingens intersubjektive gyldighed.

Disse tre forbundne forhold afspejler en udkrystalliseret magt-videns-relation, hvorigennem den psykiatriske angstforståelse forankres og gør SSRI-behandlingen til en nærliggende behandlingsform.

6.4 Den kropslige selvstyrings forbindelse til konfliktforholdene - et velfærdsstatsligt paradoks

Det oven for definerede mulighedsrum begrunder af samme årsag, at konfliktforholdene 'en medicinsk styret krop', 'positionen som sygdomsoffer' og 'den biokemiske angstforståelses reduktive forklaringskraft' fremstår *samfundsmæssigt* gyldigt begrundet som medicinsk almengørende betingelser i den behandlingsmæssige, rådgivende, offentlige og private sfære.

Konfliktforholdene antyder dog samtidig en gennemgående problematisering af de sociale og selvforvaltende betingelser, man som angstdiagnosticeret stilles overfor som konsekvens af at reducere angstlidelsen til en biokemisk forklaring. Denne problematisering knytter an til et tværgående tema; at de diagnosticerede i kraft af diagnosen og den medicinske behandling bliver gjort ét med angstlidelsens patologi, hvor kroppen bliver omdrejningspunktet for normalisering/rehabilitering. Overordnet set videreformidles det behandlingsmæssige fokus på den biokemiske angstforståelse i både en selvfortolket og social position som 'angstlidende med et fysiologisk/genetisk handicap'. Det diagnostiske afsæt og SSRI-behandlingen gør på mange måder, at den angstdiagnosticerede efterfølgende står over for begrænsede mulighedsbetingelser.

Først og fremmest medfører den biokemiske angstforståelse, at angstlidelsen tager form som et kropsligt betinget vilkår, der omslutter sig som en mere eller mindre objektiv betingelse ved ens

eksistens. Den angstdiagnosticerede bliver af denne vej gjort og gør sig selv til 'offer' for sin lidelse via en håndtering og behandling, der opererer ud fra forståelsen af angstsymptomernes som et udpræget dysfunktionelt selvforhold.

Selvom den angstdiagnosticerede på den ene side med diagnosen gennem sygesikringen er berettiget til offentlige psykiaterkonsultationer (selvom der er lange ventelister og korte samtaleforløb) og tilskud til medicinsk behandling, er samme forhold umiddelbart med til at anbringe den angstdiagnosticerede i konfliktfyldte positioner og dilemmaer. Der ligger så at sige en iboende velfærdsstatslig spænding mellem den *rettighedssikrede* angstdiagnosticerede på den ene side og den angstdiagnosticerede, der bliver genstand for en bestemt angstforståelse og en bestemt angsthåndtering på den anden side. En forståelse og håndtering, der opleves som subjektiv funktionel men som samtidig også indebærer betydelige konfliktforhold. Det, der umiddelbart sikres igennem en psykosocial ydelse (tilskudsordning) medfører samtidig processuelt og på kompleks vis, at kroppen bliver genstand for styring, og at en række konflikter forbliver uforløste⁷².

Det forhold, at det offentlige behandlingstilbud primært består af offentlige behandlingstilbud i form af SSRI-behandling og sparsomme psykiatersamtaler medfører samtidig *differentierede* mulighedsbetingelser for den enkelte afhængig af vedkommendes økonomiske kapacitet og ressourcemæssige overskud.

Vi kan i den forbindelse iagttage, hvordan personer, der har en perifer eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, og som er mindre ressourcemæssigt bemidlede, "isoleres" i den medicinske behandling via det offentlige behandlingssystem. Endvidere illustrerer undersøgelsen, hvordan behandlingssystemet håndteringsformer synes at spille en rolle for, at de pågældende informanter fastlåses i deres medicinbrug og position som 'uarbejdsdygtige'/'afvigere'. De har efter diagnosticeringen ikke haft nogen reel kontakt med arbejdsmarkedet, hvilket i stor udstrækning begrundes ud fra angstdiagnosen. Angstforeningens selvhjælpsgrupper er et af deres få sociale omdrejningspunkter.

De, der vender tilbage på arbejdspladsen efter længere sygdomsperioder, bliver i bredt omfang forstået ud fra selve angstlidelsen; der tages hensyn til den enkeltes personlige og psykiske belastning. For den ene af de interviewede erstattes den tidligere lederstilling med en midlertidig ansættelseskontrakt. Fra at have været en aktiv og ledende bidragsyder til virksomhedens sammenhængskraft identificerer man sig nu som en psykisk invaliderede person, der ikke formår at leve op

⁷² Foucault har indgående beskæftiget sig med denne problematik. Han udfolder spændingen mellem forestillingen om 'borgeren', der har visse rettigheder og pligter og 'det levende individ', som er målet for pastoralmagt, og som både er lydigt og kræver hjælp. Foucault beskriver i den forbindelse det problematiske i velfærdsstaten, hvor der på een gang udøves magt over politisk-juridiske subjekter og over levende individer (Dean 2006:137)

til arbejdspladsens almene krav. En problematisk faktor, som den medicinske behandling ikke afhjælper, men snarere understøtter. Det konkrete paradoks relaterer sig her til angstudviklingen set i et tilbageskuende, situeret perspektiv, hvor de arbejdsmarkedsmæssige vilkår, ifølge informantbeskrivelserne, synes at have betydning for både symptomfremkaldelse og -forværring i form af øgede arbejdsmængder, indsatsvurderinger, diffuse arbejdstider m.m. Vi mener, dette paradoks afspejler, hvordan diagnosen og behandlingen i et vist omfang medvirker til en ansvarsmæssig problemforskydning, hvor den angstdiagnosticerede *selvansvarliggøres* for sin manglende arbejdsevne med angstlidelsen som legitim begrundelse. Samtidig står den medicinske behandling i centrum for at genoprette den nedbrudte handleevne, hvortil den enkelte bliver yderligere selvansvarliggjort for en livssituation, der til dels kan siges at være afstedkommet af 'arbejdsskader'. De virksomhedsansattes position som *psykisk lidende* udgør nu omdrejningspunktet for at 'vælge fra, sige fra, om end blive sagt op' i arbejdsmarkedsmæssige sammenhænge. Den ene af informanterne, som er midlertidigt ansat med en afskedigelse i vente, indikerer, hvordan hun i kraft af diagnosen ikke ville kunne håndtere en for ressourcekrævende arbejdsposition. Vedkommende giver indikationer af hellere at ville trække sig tilbage fra det reelle arbejdsmarked i tilfælde af, at det eksisterende arbejdsmarked ikke kan imødekomme hendes behov.

Når det kommer til de studerende ses lignende tendenser. Her har en studiemæssig relateret stress i samspil med en ambitiøst arrangeret livsførelse, der på mange måder bygger på bestræbelsen på at leve op til 'selvbilledet som den 'gode studerende' indflydelse på angstudviklingen. Også disse affirmeres om angstens kemiske oprindelse og forsætter livsførelsen som SSRI-brugere med angstdiagnosen som begrundelse for temporære nedtursperioder. På mange måder fastholdes en stressende tilværelse – den ene har dog i det små formået at drosle ned for sine hverdagsaktiviteter via psykologhjælp, er stoppet i medicinsk behandling og er stadig medicinskeptiker. Det fremgår dog samtidig, hvordan hun som følge af diagnosticeringen ikke finder sig egnet til en fremtidig fuldtidsstilling. Den anden peger på, hvordan angstlidelsen i samspil med hendes selvsatte krav om gode karakterer m.m. forhindrer hende i at bearbejde sorgen over sin fars død. Det gør det svært at få grundlæggende styr på sit liv trods den medicinske behandling.

Vi mener, at informanternes konfliktfyldte livssituation som 'angstdiagnosticerede i SSRI-behandling' set i et helhedsorienteret og langsigtet perspektiv problematiserer det samfundsaktuelle mulighedsrum, som generelt gør sig gældende for angstdiagnosticerede. Undersøgelsen kaster lys over de potentielle udskilningsmekanismer, der ligger i den behandlarmæssige hovedvægt på angstens biokemiske forklaringskraft og medicinske behandlingsfokus. Det er med til at forklare de dilemmaer, som de angstdiagnosticerede befinder sig i, hvor angstlidelsen afstedkommer erhvervelsen af en position som 'mindre arbejdsduelig' eller direkte 'arbejdsuegnet'. Dette forhold antydes i forskellig udstrækning hos både de virksomhedsansatte, de studerende og de ikke-

arbejdsmarkedstilknyttede. For sidstnævnte gruppe gælder det endvidere, at de cementeres i deres afvigerpositioner med medicinen som eneste tildelte rådighedsbetingelse. Den biokemiske angstforklaring og medicinske behandling kan da siges at kredse om en *individualisering af samfundsmæssige problematikker*.

En form for passiverende sygeliggørelsesfokus synes at blive følgen af et for snævert behandlingsfokus, der institutionelt faciliteres gennem relationen mellem den teknologiserede videnskabs fokus på kropslig styring og en samfundsøkonomisk styringsrationalitet. Om end de eksisterende behandlings-, rådgivnings- og informationsorganer sigter mod en aftabuisering og handlingsorientering, er der noget, der går tabt. Det gælder særligt en mere pluralistisk og forhandlende tilgang og debat af det brugbare i alternative/supplerende håndteringsformer og en mere kontekstbaseret diagnoseafklaring.

Et fremtidsorienteret perspektiv skærper yderligere undersøgelsens problematiseringer. Antallet af 'lettere psykiske lidelser' forstået som angst og depression er steget markant i de seneste år i takt med udviklingen af diagnosespecificeringer, diagnosetests, medicinalproduktudvikling osv. WHO forudser, at 'lettere psykiske lidelser' i år 2020 vil udgøre en af de største folkesygdomme i den vestlige verden. Selvom forskningsmæssige årsagsforklaringer til stigningen stadig ikke er afdækkede, er der fremherskende enighed om, at det proportionelle forhold mellem lidelsesudviklingen og ændringer i samfundsindretningen, gør det umuligt at afvise de psykiske lidelsers relation til socialkulturelle forhold. Allerede på nuværende tidspunkt opstilles af psykiatrien mulige retningslinier til at imødekomme problemet, hvilket bringer debatten om *forbyggende* medicinsk behandling på banen. Her peges blandt andet på, at en stigende medicinering af børn og unge vil kunne medvirke til, at sundhedsvæsenet kan foregribe det psykosociale samfundsproblem og håndtere individuelt forbundne *risici*.

Som undersøgelsen påpeger, udspringer angstsymptomerne ofte af stressrelaterede sammenhænge tilknyttet arbejdsmarkedet i samspil med selvsatte krav. Stress melder sig i kropslige udtryksformer – det er en kendsgerning. Der kan imidlertid sættes spørgsmålstegn ved bæredygtigheden i medicinske løsninger i en globaliseret samfundsorden, såfremt det har til følge, at 'marginaliserede' yderligere udstødes, og at 'mere ressourcestærke' sætter sig selv og bliver sat i sygeliggørende positioner pga. vægten af den biokemiske symptomforklaring. Fra et samfundsaktuelt perspektiv er det en kendsgerning, at arbejdsvilkårene bliver mere krævende. I lyset af den angstdiagnosticeredes selvfortolkning og fortolkning af omgivelserne i og uden for arbejdsmiljøet er det imidlertid forhold, der tilsløres via den stillede angstdiagnose. Angstdiagnosen begrunder snarere, hvorfor man ikke var i stand til at leve op til krævende arbejdsforhold. At undersøgelsen indikerer en relation mellem stress og angstudvikling med en samtidig betragtning af, hvorledes fokus forskydes

til en biokemisk problemstilling på alle niveauer, afspejler en problematisk samfundsudvikling. Ikke blot et etisk aspekt kan forbindes til sådan en problematisering, men lige såvel forekommer udviklingen samfundsmæssigt set ”ugunstig”.

Dette ’ugunstige’ kan også relateres til velfærdsstatens sammenhængskraft, idealer og produktivitet, der udfordres af den teknologiserede og markedsliggjorte samfundsmæssige problemforskydning. Det psykiatriske sandhedsregimes betoning af kroppen som genstand for indre tilpasningsregulering, indikerer, ifølge undersøgelsen, en dissonans mellem det velfungerende og selvforvaltende individ, der produceres og de reelle mulighedsbetingelser, den psykisk lidende stilles overfor. Den enkeltes mulighed for at opnå en øget social selvforståelse og en heraf større rådighed over sine livsbetingelser, opløses i takt med indslusningen i et ensrettende behandlingssystem, der på mange måder stiller en umiddelbar meningsgivende sandhed til rådighed. I sin samtidige dilemmafyldte søgen på informative og rådgivende suppleringer og alternativer til den psykiatriske tilgang i et offentligt forum, hvor medicinalbranchens markeds kræfter spiller ind, overbevises man hovedsageligt af behandlingssystemets tilgang. Den angstdiagnosticerede fortolker sig selv i lyset af det psykiatriske sandhedsregimes diagnosticeringer og viderefører disse konceptioner af i sin fortolkning af og dialog med sin omverden. Det foregår på måder, der potentielt set udbreder de diagnosticerede lidelsestilfælde uden for rammerne af den lokaliserede behandlingsmæssige praksis – en uhensigtsmæssig udvikling i den forstand, at hovedfokus lægges på den kropslige kemi.

Disse konkluderende betragtninger fører os over i en afslutningsvis perspektivering af forandringsmuligheder, som kan bryde trægheden i de eksisterende udviklingstendenser.

6.5 Forandringsperspektiver

Som det fremgår af ovenstående, er de angstdiagnosticeredes samfundsmæssige mulighedsrum under indflydelse af en række niveauforskudte betingelser, der forankrer den psykiatriske angstforståelse og gør SSRI-behandlingen til en nærliggende behandlingsform. De samvirkende betydninger af disse betingelser bevirker, at der i praksis konstitueres en ”handlingsorienterende træghed” på flere niveauer.

Selvom denne ’træghed’ hovedsageligt gør sig gældende, kommer det gennem analysen dog også til udtryk, at konfliktforholdene rummer en dynamik, der overskrider de intersubjektivt givne og nærliggende forholdemåder. På den baggrund kan man sige, at de beskrevne almene rationalitetslogikker *stabiliserer* men ikke fastlåser forholdemåderne. Den iboende ’bevægelighed’ er fra et deltagerperspektiv med til at sætte nogle konkrete forhold til debat og pege på nogle konkrete forandringsmuligheder i praksis.

Samtidig indebærer de samfundsmæssige problematiseringer, som blev fremhævet i det foregående afsnit, at det er værd at betragte de regulatoriske, behandlingsmæssige og rådgivningsmæssige 'alternative veje', der eksplicit eller implicit præsenteres gennem konfliktforholdene.

I det følgende vil vi beskrive de forandringsmuligheder, som vi mener, kan gøre sig gældende:

Det politiske niveau

En del af konfliktforholdene, særligt for de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede, udspringer af den betingelse, at der ikke ydes tilskud til psykologbehandling, hvorimod der gives 75 pct. i tilskud til medicinsk behandling. At det primært er de økonomisk ressourcestærke, der har mulighed for at benytte sig af psykologbehandling understreger vigtigheden af at tænke i strategier, hvormed man regulativt kan modvirke de økonomisk udskilningsmæssige tendenser. Alternative forslag til SSRI-behandling, herunder tilskud til psykologsamtaler, drøftes løbende i de politiske udvalg og fremsættes som ministerforespørgsler, men der er ikke planer om deciderede lovændringer på området. Det sker primært med henvisning til de umiddelbart økonomiske besparelser⁷³ og ud fra den betragtning, at Lægemiddelstyrelsens retningslinier, der, som nævnt i betingelsesanalysen, er udarbejdet i et samarbejde med DPS og DSAM, på tilstrækkelig vis afklarer, hvad der er medicinsk behandlingskrævende eller ej⁷⁴. Lægemiddelstyrelsens markante indflydelse på det politiske niveau betoner vigtigheden af, at de politiske debatter i højere grad former sig som selvstændige overvejelser. Samtidig er det også relevant, at de politiske debatter grundigt ransager, hvad der er samfundsøkonomisk rentabelt – både på kort og på lang sigt. Herunder, at man også indtænker konsekvenserne af de påbegyndende marginaliseringstendenser samt det forhold, at også en velfungerende gruppe på arbejdsmarkedet i en vis grad kan opleve at blive passiverede.

Den behandlingsmæssige praksis

Selvom diagnosticeringerne er aftabuiserende og aflastende for den enkelte, betyder angsthåndteringen særligt i form af SSRI-behandlingen, som det fremgår det af konfliktforholdene, at betydningen af de sociale betingelser underbetones. Samtidig er det igennem empirien muligt at konstatere, at de informanter, der har mulighed for at benytte sig af psykologhjælp, det vil sige primært de økonomisk ressourcestærke, får konkrete redskaber til at sætte nogle andre betingelser for sig selv. Det er på den baggrund vigtigt at overveje fordele og ulemper ved at tilbyde professionelle praksisformer, der i højere grad udbreder problematikkerne til også at omhandle de angstdiagnosticeredes omgivelser. På den måde skabes fokus på skabelsen af et mulighedsrum, der i

⁷³ Således fremgår følgende beregning i et svar fra Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, der henviser til en anmærkning fra Sundhedsstyrelsen: "Det kan oplyses, at et års medicinsk behandling af depression med "lykkepiller" i Danmark i alt koster gennemsnitligt 3500 kr. Psykologer tilbyder behandling af de nævnte sygdomme med 10-15 behandlingsserier a ca. 600 kr., i alt ca. 7500 kr. Herhjemme er samtalerapi altså mindst dobbelt så dyr som medicinsk behandling."

⁷⁴ Ministerforespørgsler til Indenrigs- og sundhedsministeren, 25.04.99, 28.05.04, www.folketinget.dk

højere grad udviser det nuværende markante ”selvomsluttende forhold”, der kan skabes gennem fastsættelsen af diagnosen og SSRI-behandlingen.

Som Dreier påpeger er det essentielt at tage følgende ind i overvejelse:

”Vi må bevæge os fra en abstrakt opfattelse af patienter til konkrete personer i sammenhænge og fra en abstrakt opfattelse af sygehistorier til en konkret forståelse af konfliktforløb i handlesammenhænge og af behandlingens andel heri.” (Dreier 1993:186)

At psykologsamtaler giver mulighed for en mere nuanceret tilgang samt det forhold, at det primært er de økonomisk ressourcestærke, der har mulighed for at benytte sig af psykologsamtaler, understreger relevansen af at tænke i tilgange, hvor de mere ensidige elementer i SSRI-behandlingen, overskrides. Vi kan blandt andet konstatere, at de informanter, der har fået psykologhjælp, tilsyneladende griber deres arbejdsmæssige og uddannelsesmæssige betingelser på en sådan måde, at de forhandler med deres præstationsorienterede ’selvbilleder’ og i højere grad, om ikke ændrer de eksisterende betingelser, så i højere grad ’siger fra’ og vælger andre livsstrategier. At udvikle denne begribelse af sine arbejdsmæssige og uddannelsesmæssige betingelser lader sig næppe forene med de i analysen fremstillede intersubjektivt gyldige intentioner om ’hurtig helbredelse’ eller ’hurtig effekt’. Det er derfor relevant, at behandlerpraksissen reflekterer over valget og brugen af ’hurtige løsningsmodeller’, der på længere sigt netop ikke ’løser’ problematikkerne, men måske snarere ’tilslører’ dem.

På arbejdsmarkedet

Som det fremgår af konfliktforholdene, lader det til, at betydningen af de sociale betingelser på arbejdsmarkedet underbetones. Et forhold, der eksempelvis fremhæves af en pårørende til en af informanterne. De elementer, der fremhæves i empirien, peger i retning af at tænke arbejdsmarkedspolitikken på en sådan måde, hvor der ikke alene tænkes i individuel betingeshåndtering, men også i, hvordan det er muligt at omstille og forandre de betingelser, der knytter sig til selve arbejdsmarkedets organisering og indretning. Dette kunne eksempelvis ske gennem en øget brug og mobilisering af fagforeninger eller lignende organisationer, hvortil der knytter sig forestillingen om, at den enkelte medarbejder ikke nødvendigvis selv skal håndtere de betingelser, vedkommende stilles overfor. Det er dog også vigtigt, at den enkelte arbejdsplads i højere grad bliver en aktiv aktør, når det gælder de betingelser, medarbejderne stilles overfor. Arbejdspladserne har ligeledes i en eller anden udstrækning interesse i at forholde sig til den nuværende slørede grænsedragning mellem stress og angst. I den forbindelse er det relevant, hvis der på de enkelte arbejdspladser udarbejdes en politik, der på nuanceret vis tager højde for de mangfoldige arbejdsmæssige faktorer, der har indflydelse på angstudviklingen. På den måde fremstår angsthåndteringen i mindre grad løsrevet fra de kontekstuelle betingelser og vil måske i mindre grad formidles som et

selvomsluttende forhold, hvor den enkelte skal forvalte de betingelser, vedkommende stilles overfor.

Det foreningsorganisatoriske niveau

Som det fremhæves i institutionsanalysen, er kontakten med Angstforeningen, herunder rådgivningen, mailudvekslingen, debatforumet og særligt for de ikke-arbejdsmarkedstilknyttede, deltagelsen i selvhjælpsgrupperne, særdeles meningsgivende elementer. De møder andre angstdiagnosticerede og oplever en væsentligt social støtte og aftabuivering af deres situation, hvilket betyder, at de oplever, at de ikke er ene om at håndtere deres situation og de betingelser, angsten sætter for deres livsførelse. Med afsæt i informantperspektiverne rummer Angstforeningen da et stort potentiale, når det gælder udviklingen af de eksisterende støttende og aftabuiverende tilbud. Med øje for Angstforeningens fortsatte udviklingsproces, peger betingelsesanalysen imidlertid på nogle forhold, der umiddelbart kan problematiseres. For det første bør det overvejes, om det fortsat er hensigtsmæssigt, at Angstforeningen støttes af medicinalfirmaer, da dette indebærer, at foreningen principielt har vanskeligt ved at opretholde sin uafhængighed. En betragtning, der understøttes af David Healy, der argumenterer for, at der bør opretholdes en større difference mellem producentafhængig reklame og information, når det gælder antidepressiv medicin⁷⁵. I umiddelbar forlængelse heraf kan det diskuteres, om den information, der gøres tilgængelig af Angstforeningen, er af en tilstrækkelig bredde. Det skal ses i lyset af, at informanterne i høj grad efterspørger mere information om effekt, bivirkninger, risici og andre behandlingsmuligheder. En information, der betyder, at de i højere grad kan danne sig et overblik over de eksisterende tilgange til angsthåndtering⁷⁶. I den forbindelse bør der reflekteres over det frugtbare i, at Angstforeningen alene læner sig op af en psykiatrisk evidens- og ekspertbaserede vidensforståelse, hvilket indebærer, at andre perspektiver på deres situation udelades. En bred og nuanceret foreningsorganisatorisk indgangsvinkel understøttes netop af informantperspektiverne, der peger på, at Angstforeningens sociale og støttende tilbud på nuværende tidspunkt i praksis i høj grad rummer mere og andet end en reproduktion af den psykiatriske angstforståelse. Deres kontakt til andre angstdiagnosticerede gennem Angstforeningen afstedkommer, at de skaber handlingsorienteringer for sig og andre for, hvor de snarere end at fortolke sig selv i lyset af den psykiatriske forståelses forklaringskraft, begriber deres situation i relation til sociale omstændigheder. Med afsæt i disse betragtninger er det derfor rimeligt, at Angstforeningen på længere sigt i højere grad kunne udgøre arnestedet for en mangfoldig og pluralistisk debat af angst og angsthåndtering. På den baggrund kunne foreningen tilbyde nogle rammer, hvor det er muligt at skabe differentierede forståelser af angst og på den måde i højere grad målrette sine aktiviteter til angstdiagnosticeredes forskellige ståsteder.

⁷⁵ Healy, 1999, p. 263-264

⁷⁶ Peter La Cour, Teknologirådet, 2004

Litteraturliste

Primær litteratur

- Andersen, Torben K (2006): *Fra: Medicinalfirmaer - til: Patientforeninger*, Mandat, Amternes Politiske Magasin, nr. 3, Amtsrådsforeningen
- Bauman, Zygmunt (2000): *The Liquid Modernity*, Cambridge Press
- Bitch Olsen, P. & Pedersen, Kaare (1999): *Problemorienteret projektarbejde*, Roskilde Universitetsforlag
- Christensen, M et al. (2006): *Undersøgelse af angstsygdomme – et bidrag til den eksisterende viden om organiseringen af de behandlingstilbud, der gives personer, der lider af angstsygdomme*, Institut for Sundhedsvæsen
- Dansk Psykiatrisk Selskab (2004): *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004-2010*
- Dean, Mithcell (2006): *Governmentality – magt og styring i det moderne samfund*, Forlaget Sociologi, på dansk ved Kasper Villadsen)
- Dean, Mitchell (1999): *Governmentality – Power and rule in Modern Society*, London Sage Publications
- Dreier, Ole (1993): *Psykosocial behandling: En teori om et praksisområde*, København, Dansk Psykologisk Forlag
- Dreier, Ole (1977): *Familieværen og bevidsthed - en analyse af en familie i behandling*, Dansk Psykologisk Forlag
- Ehrenberg, Alain (2000): *Die Müdigkeit, sich selbst zu sein* i Hegemann C.: *Endstation, Sehnsucht*, Berlin, Alexander-Verlag
- Engelsted, N. (1989): *Personlighedens almene grundlag I & II*, Århus Universitets Forlag
- Forchhammer, Hysse Birgitte (2001): *Interviewet som handlesammenhæng*, Nordiske Udkast, nr. 1, p. 23-32
- Foucault, Michel (1991): *Governmentality* i Burchell, Graham et al.: *The Foucault Effect – Studies in Governmentality*, The University of Chicago Press, Chicago, pp. 87-105
- Geoffroy, M. B.: *Socialfobi – angst i samvær med andre – er en sygdom, der kan behandles*, Wyeth
- Giddens, Anthony (1990): *The Consequences of Modernity*, Cambridge Press
- Graber, Mark A & Weckmann, Michelle (2002): *Pharmaceutical Company Internet Sites As Sources of Information About Antidepressant Medications*, CNS Drugs, 16 (6), pp 419-423.
- Healy, David (2000): *Good Science or Good Business?*, Hastings Center Report, nr. 30, pp 19-22
- Healy, David (1999): *The Antidepressant Era*, First Harvard University Press paperback edition
- Heede, Dag (1992): *Det tomme menneske – Introduktion til Michel Foucault*, Museum Tusulanum, København

- Henriksen, Kristin & Hansen, Ebba Holme (2005): *Behag og ubehag: følelsers betydning i praktiserende lægers lægemiddelordination*, Ugeskrift for Læger, 05.12.2005, p. 4650-4654
- Henriksen, Kristin & Hansen, Ebba Holme (2004): *The Threatened Self: General Practitioners' Self-perception in relation to Prescribing Medicine*, Social Science & Medicine, nr. 59, p. 47-55
- Hougaard, Esben et al. (red.) (2002): *Angst og angstbehandling*, Hans Reitzels Forlag
- Højholt, Charlotte (1993): *Brugerperspektiver: Forældres, læreres og psykologers erfaringer med psykosocialt arbejde*, Dansk Psykologisk Forlag
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regeringens sundhedsprogram (2002): *Sund hele livet – forebyggelse på tværs af 8 folkesygdomme*
- Kjølbjerg, Marie Louise (2004): *Depression er blevet mode-diagnose*, Information, 02.01.04
- Kjøller, M. (2002): *Helbredsrelateret livskvalitet i: Kjøller M og Rasmussen NK (red): Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*. København, Statens Institut for Folkesundhed, p. 55-68.
- Knudsen, Pia (2000): *The Experience of Younger Women With SSRI – A User Perspective*, The Royal Danish School of Pharmacy, Department of Social Pharmacy.
- Kringlen, Einar (2003): *Psykiatriens samtidshistorie*, Hans Reitzels Forlag
- Kvale, S. (1996): *InterView – en introduktion det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag
- Limborg, Hans Jørgen (2002): *Den risikable fleksibilitet: På vej mod et "nyt" arbejdsmiljø: En analyse sammenhænge mellem det fleksible arbejde og risici i arbejdet*, Frydenlund
- Lublin, K. F. et al. (2002): *Diagnostik og behandling af depression i almen praksis*, Ugeskrift for Læger, 164, pp. 3440-4.
- Lægemiddelstyrelsen (2004): *Forbruget af antidepressiva i den primære sundhedssektor i perioden 1994-2003*
- Lægemiddelstyrelsen (2003): *Lægemiddelstyrelsens statistik 1998-2002*
- Mammen, J. (1996): *Den menneskelige sans. Et essay om psykologiens genstandsområde*. 3 udgave. København: Dansk psykologisk Forlag (1. udg. 1983, 2. udg. 1989).
- Miller, Peter & Rose, Nikolas (1986): *The Power of Psychiatry*, Polity Press
- Nissen, Morten (2002): *Det kritiske subjekt - subjektivitet i kritisk psykologi*, Psyke & Logos, Årg. 23, nr. 1, pp.65-85
- Nissen, Morten (2001a): *Projekt Gadebørn: Et forsøg med dialogisk, bevægelig og lokalkulturel socialpædagogik med de mest udsatte unge, Dafolo*, Frederikshavn
- Nissen, Morten (2001b): *Vilde forskningsprocesser: Kritik, metoder og læring i socialt arbejde i Nordiske Udkast*, Årg. 29, nr. 1, pp 33-60

- Nissen, Morten (1998): *Brugerindflydelse og handlesammenhænge i psykosocialt arbejde*, Institut for Filosofi, Århus Universitet. Center for sundhed, menneske og kultur.
- Novas, Carlos & Rose, Nikolas (2000): *Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual*, *Economy & Society*, Volume 29, Number 4, November 2000, pp 485–513
- Olesen, Frede (2004): *Behandling med livsstilsmedicin*, *Psykiatri-Information*, nr. 2
- Osterkamp, Ute (2000): *Livsførelse som subjektvidenskabelig problematik* i *Nordiske Udkast*, Årg. 28, pp 5-28
- Pedersen, M (2005): *Arbejdet nu med livet som indsats* i *Turbulens.net*, forum for samtidsrefleksion, tema nummer om Arbejdsliv, April
- Psykiatri-Nyt (2003), p. 8, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Riemann, G. og Schütze, F. (1991): *Trajectory as a Basic Theoretical Concept for Analyzing Suffering and Disorderly Social Processes* In: Maines, D.R. (red.) *Social Organization and Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss*, New York, Aldine De Gruyter, pp. 333-357
- Rose, Nikolas (1998): *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*, Cambridge University Press
- Rose, Nikolas (2004): *Becoming Neurochemical Selves* in *Biotechnology, Commerce and Civil Society*, Stehr, N., Transaction Press
- Sennett, Richard (1998): *The Corrosion of Character*, Norton, New York
- Schütze, Fritz (1992a): *Pressure and Guilt: War experiences of a young german soldier and their biographical implications* (Part 1). In: *International Sociology* Vol. 7, nr. 2, pp. 187-208.
- Schütze, Fritz (1992b): *Pressure and Guilt: War experiences of a young German soldier and their biographical implications* (Part 2). In: *International Sociology* Vol. 7, nr. 3, pp. 347-367.
- Stevnhøj, Anna Louise (2004): *Depressionsbehandling i ingenmandsland*, *Ugeskrift for Læger*, nr. 10, p. 934
- Stormhøj, Christel (2006): *Poststrukturalister – videnskabsteori, analyse, kritik*, Forlaget Samfundslitteratur
- Sundhedsstyrelsen (2000): *Vejledning om behandling med antidepressiva, vejledning om behandling med antipsykotika, vejledning om behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler*
- Sørensen, Torben Berg (2002): *Sygeliggørende og sygdomsfremkaldende træk i dansk socialpolitik*. Århus, Sociologisk Analyse.
- Teknologirådet (2004): *Medicin til Raske: En syg ide?*, resumé og ekspertoplæg fra konference på Christiansborg, d. 21. januar 2004

Villadsen, Kasper (2002): *Michel Foucault og kritiske perspektiver på liberalismen – governmentality eller genealogi som analysestrategi*, Dansk Sociologi, nr. 3, 13. årgang, p. 77

Willig, Rasmus (ed.) (2004): *Sociale patologier*, Hans Reitzels Forlag

Willig, Rasmus & Petersen, Anders (2001): *Fra Anomi til Anerkendelse: Om den øgede fokusering på depressioner og stigningen i forbruget af antidepressiva*, pp. 55-73 in *Distinktion – et tidsskrift for samfundsteori*, Nr. 3

Ugeskrift For Læger (2002), nr. 26 p. 3440 ff.

Zahavi, Dan (2003): *Fænomenologi*, Roskilde Universitetsforlag

Websider, avisartikler, tv-udsendelser og informative interviews

Ministerforespørgsler omhandlende den stigende brug af SSRI til behandling af angstdiagnosticerede til Indenrigs- og Sundhedsministeren, 25.04.99, 02.04.02, 28.05.04, www.ft.dk

Ministerforespørgsler til Indenrigs- og sundhedsministeren, 25.04.99, 28.05.04, www.folketinget.dk
<http://www.psykiatrifonden.dk/formal/Aarsberetning2003.html>

<http://www.netpsych.dk/artikler.asp?vis=artikel&id=152>

www.angstforeningen.dk/vedtaegter.htm, vedtægter vedtaget på generalforsamling d. 18. september 2004

www.angstforeningen.dk/forum.php, "Angstforeningens afhængighed af sponsorer", 8.1.2005

"OBS" om socialfobi

"Rundfunk", TV-2, 23.04.04

P1-morgen, DR, 5.-6.10.04

Berlingske Tidende, 10.07.04, 04.02.05.

Informativt interview med Peter La Cour, cand.psych, Afdeling for Sundhedspsykologi
Institut for Folkesundhedsvidenskab, d. 5. april 2005

Sekundær litteratur

Andersen, Anders Siig et al.: (2005): *Livshistorisk fortælling og fortolkende socialvidenskab*, Roskilde Universitetsforlag

Andersen, Anders Siig & Larsen, Kirsten (1999): *Det narrative livshistoriske interview-introduktion til Fritz Schützes teoretiske og metodologiske arbejde, revideret og udgivet udgave*, småskrift nr. 11, Roskilde Universitetscenter

Andersen, M. S (2003): *Medicinsk behandling af angst – information til patienter og pårørende*, Angstforeningen/Sygekassernes Helsefond

Angst (1993): *Psyke & Logos, nr. 1*, Dansk Psykologisk Forlag

Byrckel, Tine (2005): *Det mærkelige molekyle*, Interview med Alain Ehrenberg, Information, 19.2.2005

Cour, Peter La (2004): *Brug og misbrug af SSRI - tilpasningsmedicin?*, Psykiatri-Information, nr. 2, pp. 8-10

Cour, Peter La et al. (2002): *Hvad er korrekt depressionsdiagnose?*, Ugeskrift for Læger, 2002, nr. 164, p. 4086.

Dean, Mitchell (2003): *Kulturstyring og individualisering* i Borch, C (ed.): *Perspektiv, magt og styring*, Hans Reitzels Forlag, pp. 180-200

- Dreier, Ole (1999). *Personal Trajectories of Participation across Contexts of Social Practice.*, Outlines 1 (1), pp. 5-32.
- Dreier, Ole (oversættelse og efterskrift) (1979): *Den kritiske psykologi*, Rhodos København
- Dreier, Ole (red.) (1978): *Samfund og psykologi* Ni artikler fra Udkast, Dansk Psykologisk Forlag
- Foucault, Michel (2005): *Sindssygdom og psykologi*, Gyldendals bogklubber, København
- Foucault, Michel (2003): *Galskabens historie i den klassiske periode*; på dansk ved Jacobsen, Mogens Chrom, Det lille Forlag
- Foucault, Michel (2000): *Klinikkens fødsel*, på dansk ved Henning Silberbrandt
- Foucault, Michel (1983): *Afterword – Subject and Power* i Dreyfus, H. L og Rabinow, P: Michel Foucault.: *Beyond Structuralism and Hermeneutics*, University of Chicago Press
- Foucault, Michel (1974): *The Archaeology of Knowledge*, London Tavistock
- Hydén, Lars-Christer (1997): *Psykiatri, samfund, patient – psykisk sygdom i socialt og kulturelt perspektiv*, Socialpædagogisk Bibliotek, Munksgaard, København
- Kessing, Lars Vedel (2001): *Er prævalensen af depression overvurderet?*, Ugeskrift for Læger, 02.04.01
- Kessing, Lars et al.: *Generaliseret angst er en sygdom, der kan behandles - information for patienter og pårørende*, Wyeth
- Kierkegaard, Søren (1962): *Begrebet Angest*, Samlede Værker, Bind 6, A.B. Drachmann, J. L. Heiberg og H. O. Langes 3. udgave, Gyldendalske Boghandel.
- Lemke, Thomas (2001): *The Birth of Bio-politics - Michel Foucault's Lecture at the College de France on neo-liberal governmentality*, *Economy & Society*, vo. 30, no. 2, pp. 190-208
- Luther, H. Martin (1988) (ed.): *Technologies of the Self – a Seminar with Michel Foucault*, The University of Massachusetts Press
- Jacobsen, Bjarne (2000): *Den helbredende sygdom: Søren Kierkegaard – krise ved somatisk sygdom*, 1. udgave, Dansk Psykologisk Forlag
- Jones, Colin & Porter, Roy (1994): *Reassessing Foucault, Power, Medicine and the Body*, Routledge London and New York
- Møllergaard, Mogens (2000): *Epoker i dansk psykiatri*, Munksgaard, København
- Møldrup, Claus (1999): *Den medicinerede normalitet*, Gyldendal
- Rabinow, Paul (ed.) (1991): *The Foucault Reader*, Harmondsworth, Penguin Books
- Rose, Nikolas (2003): *At regere friheden – en analyse af politisk magt i avancerede liberale demokratier* i Borch, C (ed.): *Perspektiv, magt og styring*, Hans Reitzels Forlag, pp. 180-200
- Rose, Nikolas (2003): *The neurochemical self and its anomalies*, in R. Ericson, ed, *Risk and Morality*, pp. 407-437. Toronto: University of Toronto Press, 2003.

- Rose, Nikolas (1999): *Powers of Freedom - Reframing Political Thought*, Cambridge University Press
- Rose, Nikolas (1999) *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, 2. edi., Free Associations Books
- Shorter, Edward (2001): *Psykiatriens historie – fra asyl til Prozac*, Munksgaard, København
- Schön, Donald (1983): *The Reflective Practitioner – how Professionals Think in Action*, Basic Books, New York
- Spitzer RL, et al (2002): *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care*, The PRIME-MD 1000 study. JAMA, 1994, nr. 272: 1749-56 i Ugeskrift for Læger, nr. 26
- Sørensen, Dræby og Thomsen, Hans Jørgen (2005): *Det svære liv – om lidelsen i den moderne kultur*, Århus Universitetsforlag
- Thorsen, Hanne, Peter la Cour og John Brodersen (2003): *En kritisk gennemgang af to skalaer til måling af depression i almen praksis*, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2003, pp. 361-71

Bilag 1

ICD-10- listen over nervøse og stressrelaterede tilstande

- F 40 Fobiske angsttilstande
 - F 40.0 Agorafobi
 - F 40.00 Agorafobi uden panikangst
 - F 40.01 Agorafobi med panikangst
 - F 40.1 Socialfobi
 - F 40.2 Enkelfobi
- F 41 Andre angsttilstande
 - F 41.0 Panikangst
 - F 41.1 Generaliseret angst
 - F 41.2 Lettere angst-depressionstilstand
- F 42 Obsessiv-kompulsiv tilstand
- F 43 Belastningsreaktion
 - F 43.0 Akut belastningsreaktion
 - F 43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion
 - F 43.2 Tilpaningsreaktion.

Bilag 2

Diagnosekriterier for angstdiagnoser godkendt til medicinsk behandling

F 40.1 – Socialfobi

- (1) Frygt for at blive genstand for andres kritiske opmærksomhed eller for at opføre sig pinligt
- (2) Undgåelse af situationer, hvor man udsættes herfor

A) Mindst 2 angstsymptomer i frygtede situationer, hvoraf mindst 1 skal være autonomt:

- 1) Hjerterbanken
- 2) Sveden
- 3) Rysten
- 4) Mundtørhed

Andre:

- 5) Vejrtrækningsbesvær
- 6) Kvælningsfornemmelse
- 7) Trykken i brystet
- 8) Kvalme, mave-uro
- 9) Svimmelhed
- 10) Uvirkelighedsfølelse
- 11) Frygt for at miste selvkontrollen
- 12) Frygt for at dø
- 13) Hedeture eller kuldegysninger
- 14) Dødhedsfølelse eller parætesier

Ledsaget af mindst 1 af følgende:

- 1) Rødmen
- 2) Frygt for at kaste op
- 3) Vandlednings- eller afføringstrang eller frygt herfor.

- B) Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd
- C) Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig
- D) Symptomerne begrænset til eller dominerende i frygtede situationer eller ved tanken herom.
- E) Psykotiske og affektive lidelser og organisk ætiologi udelukkes.

F. 41.0 - Panikangst

- A) Mindst 4 panikanfald inden for 4 ugers periode med mindst 4 angstsymptomer, heraf mindst 1 autonomt (Se 40.1 – Socialfobi)
- B) Ikke forbundet med specifik situation eller objekt, reel fare eller fysisk belastning.
- C) Ikke forårsaget af fysisk eller anden psykisk lidelse

F. 41.1 – Generaliseret angst

A) Periode på mindst 6 måneder med anspændthed, bekymringstendens og almen ængstelighed over for dagligdags begivenheder og problemer.

B) Mindst 4 angstspændingssymptomer, heraf mindst 1 autonomt

Autonome symptomer

- 1) Palpitationer, hjertebanken eller hurtig puls
- 2) Sveden
- 3) Rysten
- 4) Mundtørhed

Symptomer fra bryst og mave

- 5) Følelse af åndenød
- 6) Kvælningssfølelse
- 7) Trykken eller smerte i brystet
- 8) Kvalme eller uro i maven

Psykiske symptomer

- 9) Svimmelhed eller ørhed
- 10) Uvirkelighedsfølelse
- 11) Frygt for at blive sindssyg
- 12) Dødsangst

Almene symptomer

- 13) Varme- eller kuldefølelse
- 14) Dødheds – eller sovende fornemmelser

Tensionssymptomer

- 15) Muskelspænding eller smerte
- 16) Rastløshed, vanskelighed ved at slappe af
- 17) Psykisk spændingsfølelse
- 18) Følelse af synkebesvær

Uspecifikke symptomer

- 19) Tendens til sammenfaren
- 20) Koncentrationsbesvær
- 21) Irritabilitet
- 22) Indsovningsbesvær

C. Organisk ætiologi, psykotiske lidelser, depressiv episode, andre angsttilstande og OCD udelukkes.

F42 - Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

A. Gennem mindst 2 uger:

(1) Obsessioner (tvangstanker, - idéer, -forestillinger)

Eller

(2) Kompulsioner (tvangshandlinger)

B. (1) Erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påført udefra)

(2) Tilbagevendende, ubehagelige, erkendes som overdrevne eller urimelige

(3) Søges afvist eller modstået

(4) Oplevelse af tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger ikke i sig selv lystbetonet (som ved perversioner)

C. Medfører lidelse eller interfererer med dagliglivs funktioner

D. Ikke følge af anden psykisk lidelse

Bilag 3

Interviewguide

- Præsentation af vores studiekombination og at vi har et tværvideenskabeligt syn på angst.
- Fortæller, at der eksisterer mange udlægninger af, hvad det vil sige at have angst, og at vi gerne vil høre deres udlægninger af, hvad det vil sige at have angst og at være i behandling.
- Vi vil gerne høre dem om deres liv
- Fortæller, at det bliver anonymiseret, og at vi har tavshedspligt.

Fortæl lidt om dig selv?

*Du må gerne starte med at fortælle om dit liv før du blev ramt af angst?
(informanten bestemmer selv, hvor fortællingen mere konkret starter)*

Fokuspunkter

- beskæftigelse/uddannelse
- sociale relationer
- familie
- fritid
- bolig/lokalitet
- konflikter
- valget om at opsøge læge/psykiater (formuleres evt. som opfølgende spørgsmål)

Hvordan oplevede du det første gang du fik angst?

- dagligdagen (i hvilke situationer optrådte/optræder angsten)
- baggrunden for lægekonsultation
- konsultationsforløbet
- de nære omgivelsernes reaktion – fik de noget at vide?

Hvilken oplevelse havde du af at få stillet diagnosen/hvordan påvirkede det dit liv?

- påvirkning af hvordan, de forstår sig selv
- påvirkning af hverdagen
- omgivelsernes reaktioner (familie, arbejdsplads, venner)
- bedret eller forværret oplevelse af egen situation ifb. med diagnosticering
- konflikter (intrapersonelle, interpersonelle, problemforskydning og -perspektivering)

Hvilken oplevelse havde du af at være i behandling (psykologisk/medicinsk)/hvordan påvirkede det dit liv?

- påvirkning af selvforståelse
- påvirkning af hverdagen
- omgivelsernes reaktioner (familie, arbejdsplads, venner)
- bedret eller forværret oplevelse af egen situation ifb. med behandling
- konflikter (intrapersonelle, interpersonelle, problemforskydning og -perspektivering)

Hvordan oplever du livet den dag i dag/hvordan ser dit liv ud (i fht .angsten og behandlingen) ?

- beskæftigelse/uddannelse
- sociale relationer

- familie
- fritid
- bolig/lokalitet
- selvhjælpsgruppe/angstforeningen
- konflikter (OBS! Nævnte konflikter, som eksisterede før angstopkomsten, hvordan ser de ud nu)
- mangler f.eks. mht. til behandlingsmuligheder
- selvforståelse (offer, skyldfølelse vs. sejer)

Er der nogle ting i dit liv som du ville have gjort anderledes den dag i dag?

- I fht. behandling
- Konflikter (problemforskydning og -perspektivering.

Hvordan forestiller du dig at dit liv havde været, hvis du ikke var blevet ramt af angst?

Hvordan forestiller du dig at dit liv havde været, hvis du ikke var endt i medicinsk behandling?

Hvordan forestiller du dig din fremtid/hvordan ser den ideelle fremtid ud ?

Hvad er din generelle forståelse af;
 angstsygdom?
 angstramtes situation?
 de eksisterende behandlingsformer?

Bilag 4

Interview med Susanne – intervieweksempel

Men kan DU ikke sætte mig lidt i gang?

I: Fortæl lidt om dig selv – sådan generelt?

Jamen, jeg er 35 år gammel. Jeg er universitetsuddannet fra Københavns Universitet. Jeg er cand.merc. i retorik. Skrev speciale om dialogbaseret ledelse, og hvordan gennem man gennem dialog som leder kan påvirke eller forsøge at påvirke sine medarbejdere til at ændre adfærd, hvis de opfører sig på en fjollet måde. Og det er faktisk en af grundene til, at jeg arbejder her i huset, at jeg har arbejdet med ledelse teoretisk men også som praktiker. Mens jeg læste, arbejdede jeg nogle år som sælger i telemarketingbranchen og blev leder i en afdeling og havde så ledelse som en stor del af mit job. Altså personaleansvar og arbejdede meget med vanskelige samtaler. Konflikthåndtering, rekruttering og afskedigelse og alle de der ting. Og synes, det var sindssygt spændende. Og det var også derfor, jeg valgte at skrive om det, da jeg nåede til specialet på universitetet. Så var jeg færdig som kandidat og stod så og skulle finde noget at lave og kom så her ud og blev konsulent og har arbejdet med at rådgive ledere, træne ledere, undervise ledere i god kommunikation. Det har været alt lige fra coaching, konflikthåndtering og vanskelige samtaler, afskedigelser på en værdig måde, mødeledelse og præsentationsteknik, og god mailkultur, og alt hvad, der handler om god kommunikation, primært det mundtlige. Primært det dialogiske. Det er der, mit hjerte banker. Så har jeg efteruddannet mig inden for en række ting og er konfliktmediator og coach og arbejder med assertiv kommunikation, girafsprag og alle de der ting, som klædte mig på. NLP har jeg også taget. Og nu læser jeg til psykoterapeut i min fritid. Så jeg få den mere terapeutiske vinkel på. I virkeligheden har jeg arbejdet sådan i mange år, men nu vil jeg gerne have noget papir på det og sådan lidt mere teori og metode. Så jeg læser på et studie, som er i weekenderne, og det tager udgangspunkt i gestaltterapien og den systemiske tilgang til tingene, og en tredje ting, som jeg ikke kan huske, hvad hedder. Så det er en blanding af det bedste fra flere metodikker. Og det synes jeg er sindssygt spændende. Så det er sådan lidt om min baggrund, og hvad jeg laver. Og her er jeg så konsulent nu og arbejder med at ansætte folk og arbejder med lederudviklingsforløb og i det hele taget hjælpe lederne med det, de synes, er svært. Fx hvis de skal give en påtale til medarbejderne, er nervøse for, hvordan de skal gribe det an. Eller hvis de skal sige nogle folk op, hvordan kan de gøre det på en ordentlig måde. Personalepolitik og alt sådan noget, sidder jeg med nu. Så det er sådan internt konsulentarbejde. Så det er sådan min baggrund og mine fag, mit udgangspunkt, og det har jo ikke så meget med angst at gøre. Og det har det så alligevel en hel masse. Faktisk.

I: Men faktisk kunne jeg godt tænke os at høre lidt om dit liv, inden du fik din angstdiagnose.

Jeg kommer til at tænke på, da jeg kom til en psykiater for første gang omkring det her. Der spurgte hun mig, om jeg havde – altså hun diagnosticerede mig i løbet af ti minutter – og jeg havde cyklet rundt i systemet alle mulige andre steder, hvor folk bare havde syntes, jeg var småmærkelig [griner]. Og hun diagnosticerede mig lynhurtigt. Og så efterfølgende så spurgte hun mig, om jeg havde haft angstlidelser før i mit liv, og det mente jeg overhovedet ikke, jeg havde, så det kunne jeg slet ikke genkende. Og da jeg så havde snakket den seance, den time, jeg havde hos hende færdig, så var jeg udmærket godt klar over, at i virkeligheden så havde jeg haft det i årevis. Jeg havde bare slet ikke været klar over det. Eller jeg har ikke regnet det for noget. Beskæftiget med sådan med det på *den* måde. Men det kom til udtryk på en masse måder. Altså fx så vil jeg nok sige, altså da jeg var barn, der havde jeg meget sådan noget mørkeræd, og der var jeg lidt sådan: Nå, men det er der jo mange børn, der har. Så var jeg mørkeræd. Det brød jeg mig ikke om. Fx jeg voksede op langt ude på landet i et gammelt hus, hvor mine forældre var – hvad kan man sige – var i underetagen. Der havde de deres soveværelse, og deres stue, badeværelse og køkken og sådan noget. Og så boede vi unger oppe på første sal. Alene. Så det var sådan noget med, når jeg skulle i seng, så skulle jeg op ad en trappe og op ovenpå, hvor der var mørkt og var meget sådan med at gå ind og kigge i alle rummene, om der var nogen, og når jeg sov, så kunne jeg godt lide at have døren låst, sådan at der ikke kunne komme nogen ind på værelset, mens jeg sov. Og jeg kunne ikke lide at ligge med ryggen til døren. Jeg skulle helst ligge og kigge på døren, indtil jeg faldt i søvn. Jeg havde sådan en vågekone, du ved. Sådan en, man sætter i en stikkontakt, som lyser, ik? Og så lå jeg og kiggede på den, indtil jeg faldt i søvn og tænkte: At så længe jeg kunne se den, så var der ikke nogen, der kunne gå forbi. Altså, så måtte det være: Så kom der ikke nogen. Og så har mine

forældre altid haft schæferhunde, og dem skulle jeg gerne have med op i seng. Sådan så de var på mit værelse. Så lå de der foran døren, så var jeg *helt* tryk. Fordi så passede de på. Så i virkeligheden så har jeg haft sådan lidt som barn, lidt nervøs ved mørke. Og så senere, da jeg blev ældre, så har jeg haft sådan noget med, at jeg havde det enormt dårligt med at flyve fx, og når jeg skulle op at flyve, så fik jeg kvalme og tynd mave og blev svimmel og puha, synes, det var rigtigt væmmeligt. Og det synes jeg sådan egentligt, blev værre med årene. Da jeg startede med at flyve som teenager, der synes jeg ikke, det var noget. Men så som årene gik, og jeg er blevet ældre, så blev det værre og værre. Til sidst så havde jeg det faktisk sådan, at det at skulle til Grækenland om sommeren, som jeg bare *vil*, det blev bare sådan et stort problem for mig. Og næsten sådan at jeg begyndte at overveje, at vi kunne ikke tage af sted, fordi jeg kunne simpelthen ikke holde ud at skulle flyve og begyndte at overveje at tage 4 ugers ferie i stedet for 2, sådan så vi kunne køre derned i bil. Og folk sagde: For fanden da, der er jo pisselangt. Altså det tager tre døgn at køre derned og tilbage igen. Du kan flyve derned på tre timer. Så sagde jeg: Jeg er fuldstændig ligeglad, jeg skal bare ikke op i den flyver. Og det fik jeg så løst ved at gå til min læge og sige, at jeg havde det dårligt med det, så fik jeg sådan nogle piller, jeg kunne slappe af på. Og så udviklede jeg sådan en teknik med, at hvis jeg tog fire af de blå og en af de hvide, så var jeg både så sløv og træt og afslappet, så jeg kunne sove hele vejen derned i flyet. Så var det ikke noget problem. Men det var et problem, for jeg havde kun håndteret symptomerne. Jeg havde ikke været inde og arbejde med, hvorfor det var. Men det kan man sige, det var sådan meget isoleret til flyvning. Og så var det jo ikke noget, jeg behøvede at forholde mig til i øvrigt. Fordi jeg havde ikke noget andet nogle andre steder. Så vil jeg sige, da jeg så var i starten af 30'erne og kom herud og begyndte at arbejde som konsulent, var jeg meget undervisende de første år. Jeg var hele tiden ude at holde kurser, kurser, kurser for ledere og rundt omkring rundt i hele landet, bo i en kuffert, være på hoteller, konferencesteder og sådan noget. Og hele tiden sådan føle, at jeg skulle til eksamen. Så kom der sådan et hold kursister ind. Og de havde måske betalt 15.000 for at være sammen med mig i to dage. Og så skulle jeg *bare* levere varen. Og det var jo ledere fra rundt omkring i landet, som sad sådan og var lidt: "Nå... [trommer på bordet] hvad kan du så diske op med af spændende ting. Og vi har hevet 2 dage ud, og så skal det fandeme også rykke noget, ik. Og det der enorme pres, jeg følte. Og jeg havde 2 dage til at vinde de her mennesker og få dem med på vognen og få dem til at lære noget. Spille rollespil, give dem feedback og så til sidst så skulle de krydse af i sådant et evalueringsskema, hvor godt jeg havde klaret mig, og det skulle jeg ind og vise til min chef, og det gjorde jeg sådan hver uge i 100 dage om året i to-tre år. Og det synes jeg var skidehamrende hårdt. Og selvom jeg faktisk altid klarede mig ganske glimrende og fik gode evalueringer, så og andre omkring havde sådan en helt tillid til mig, og det gjorde jeg jo bare. Jeg var jo skidegod. Og hvis der var et hold kursister, som brokkede sig over en konsulent, så satte man mig på, så vidste man, det ville blive en succes. Og i virkeligheden kunne jeg jo bare have solet mig i det. Og læne mig tilbage. Og: "Jeg er pissegod, og det her det styrer jeg fuldstændigt". Det gjorde jeg ikke. Jeg blev mere og mere præstationsangst over det. Og faktisk har jeg oplevet at gennemføre nogle forløb, hvor jeg haft det fuldstændigt *vanvittigt* bagefter. Hvor jeg fx har haft tyndskid nærmest en *uge* op til. Og ikke kunne sove, i hvert fald den sidste nat, inden jeg skulle på. Og bare ligget og vendt og drejet mig. Når jeg så har været der, så har jeg været *fuldstændig* svimmel. Så jeg måtte stå og holde i bordet eller i en overheadprojektor bare for ikke at falde. Og når der så var pauser, så var jeg gået og kastet op. Så er jeg gået ind og fortsat. Jeg havde sådan et forløb hos Maersk nede i Sønderjylland, hvor jeg skulle være der i tre dage. Og det var netop det der med: Diarre og ikke ku' sove. Og så når jeg stod der om dagen, så *svimlede* jeg bare rundt og jeg kunne stort set overhovedet ikke koncentrere mig overhovedet om, hvad de sagde. Jeg kørte det fuldstændigt på rygraden. Fordi alt hvad der kørte inden i mig var: "Du falder simpelthen om". "Hold da kæft, hvor er jeg svimmel, og jeg kan næsten ikke stå på benene. Jeg må holde godt fast". Og så var der pause, så gik jeg ud og kastede op, og så gik jeg ind og fortsatte. Så prøvede jeg med vand og åbnede vinduet. Og satte mig ned. Og stolede egentlig bare på, at min professionalisme kørte kurset, men inden i mig, der var jeg fuldstændig ude at skide. Om natten, kan jeg huske, mellem første og anden dag, der gik jeg i seng, der sov hele min ene arm. Som om jeg havde ligget, i ved, når man vågner og en arm sover, ik. Og den blev bare ved med at sove. Og den sov bare i fire timer. Jeg var oppe i den halve nat for at prøve at få liv i den der arm. Og jeg tænkte: "Der er et eller andet *fuldstændigt* galt". Så endelig tog det så af, og jeg faldt i søvn. Og så fik jeg så gennemført det der kursus, men da jeg kom hjem og snakkede med mine kollegaer om det: "Hvad fanden var det – Jeg er jo helt ude at køre". Men jeg fortsatte bare. Og så gik jeg i terapi for at bearbejde den her præstationsangst, og det hjalp faktisk ikke noget. Så tog jeg min NLP-uddannelse, og der arbejdede jeg også med det. Der fik jeg nogle værktøjer, som

jeg forsøgte at bruge, og det hjalp egentlig heller ikke noget. Jeg synes egentlig bare, det blev værre. Og til sidst der nåede jeg faktisk dertil, hvor jeg tænkte, at jeg bliver nødt til at skifte job, hvis det her fortsætter, for jeg kan ikke holde det ud. Altså det er simpelthen alt, alt for hårdt. Og så var det selvfølgelig også sådan, at jeg når jeg havde gennemført et kursus, så havde jeg knaldende bragende migræne dagen efter. Det var typisk sådan, at hvis jeg var væk onsdag, torsdag, fredag, så lå jeg i sengen hele lørdagen og havde det af helvede til og kastede op, og havde migræne og alt muligt. Og søndag brugte jeg så på at komme lidt på højkant, og så mandag så var det så forfra igen. Jeg havde det forfærdeligt, og jeg har også haft nogle tanker, hvor jeg har kørt hen imod et eller andet kursus, hvor jeg har tænkt. Altså jeg har sådan en hurtig sporty-bil. Hvor jeg så har tænkt: "Hvis nu jeg *baldrer* ind i et træ og smadrer mig selv fuldstændigt, så jeg kan da for helvede ligge på et hospital i et par måneder og have *fri*. Altså så kan jeg sgu da slippe, så hvis jeg kører galt, så kan jeg slippe". Altså jeg har selvfølgelig ikke overvejet, altså ikke seriøst, altså ikke selvmordsagtigt. Det er slet ikke det. Men mere bare sådan, ah for helvede mand, hvis jeg lige kørte ind i den bus eller et eller andet [smågriner], så kunne jeg undgå det her pissekursus. Og det er jo forfærdeligt i virkeligheden at tænke sådan. Men jeg havde jo altså omvendt også nok den der med: Men hvis man har sagt A må man også sige B, og nu er jeg gået ind i det her job, så må jeg sgu også gennemføre det. Og hvis jeg er så skvattet, at jeg skal være så præstationsangst, så må jeg fandeme tage mig sammen. Så må jeg gå til en coach. Eller en terapeut eller et eller andet og bearbejde det her, så jeg kan få det fixet. Fordi det kan sgu ikke være rigtigt, at jeg skal være bange for at undervise: "Hvad fanden er det for noget"? Så jeg tror, at jeg også har været ret stædig. Nu må jeg fandeme tage mig sammen og lade være med at være sådan et pjok – og bare kørt på. Og nok også vokset op med sådan noget: Nu må jeg også tage mig sammen og lade være med at tage mig selv så alvorligt. Så jeg tror, jeg har taget mig enormt meget sammen. Så det har sådan været der, hvor det har vist sig. Og jeg har egentlig synes det blev værre, som jeg blev ældre. Både med flyskrækken og præstationsangsten. Og det har været de to steder, det har været. Så jeg har ikke følt mig som en angstpatient. Det har aldrig faldet mig ind, at jeg havde angst, fordi, jamen, når jeg ikke underviste, så havde jeg jo ikke noget. Og når jeg ikke skulle op at flyve, så havde jeg ikke noget. Så det var ligesom isoleret til de to ting. Og så fik jeg en ny chef, som mente, at vi skulle lade være med at bruge så krudt på at rende rundt og undervise, så jeg skulle i stedet for sidde herinde og styre det hele, trække i trådene, ik. Og så var jeg jo i toptrivsel, fordi så slap jeg jo for det, og så kunne jeg jo sagtens passe mit arbejde - uden at have det dårligt på nogen måde. Og så var det problem jo løst. [Griner] – midlertidigt i hvert fald. Så skete der det, at så havde jeg jo så gjort det godt igennem nogle år her i huset. Så var der nogle organisationsændringer og i forbindelse med det, blev der lavet en ny afdeling med et par og tredive medarbejdere. Og der skulle så være to ledere på. En fagansvarlig leder og en leder, der havde fokus på det personalemæssige, trivsel og det psykiske arbejdsmiljø, med konflikter, sikre at kommunikationen var godt, at folk havde det godt og sådan. Så blev jeg spurgt, om jeg ville have det chefjob. Og det ville jeg da frygtelig gerne. Og jeg var meget smigret og meget ambitiøs. Og tænkte, at jeg kunne komme ned og gøre en forskel for de her medarbejdere. Nu havde jeg arbejdet med ledelse selvfølgelig tidligere i et lederjob, og i de år, jeg havde arbejdet som konsulent omkring ledelse, der havde jeg sådan tit tænkt: "Åh for helvede, lad mig - de klamphuggere - nu skal jeg fandeme til fadet". Så da jeg fik chancen, så greb jeg den egentlig bare. Det var enormt spændende. Og så synes jeg egentlig også det var enormt lækkert, at jeg kunne fortælle folk, at jeg var blevet headhuntet til et chefjob. Det tænkte jeg da også i de måneder. Det var da for sejt, altså. Så det sagde jeg ja til. Og faktisk allerede i den periode, hvor jeg gik og overvejede at sige ja, der fik jeg faktisk nogle angstsymptomer, begyndte at – kunne sidde foran fjernsynet om aftenen og fuldstændig bare slappe af og drikke te og have det hyggeligt og lige pludselig fik jeg bare galopperende hjertebanken. For – hvad helvede sker der her. Nu får jeg da sgu et hjerteslag. Hvad er der nu – og ringer til nattelægen og: "Uh, uh, mit hjerte det galopperer". – "Jamen, har du feber?". "Nej". - "Har du ondt nogen steder?". – "Nej". – "Sover din ene arm". "Nej" – "Kan du se ud af begge øjne?". – "Ja, ja". "Nå, men så er det sgu et panikanfald". - "HVAD"? – "Jamen, du har bare et panikanfald, det er et angstanfald, så skal du bare trække vejret dybt og slappe af og tænke på noget rart, og så går det over igen". Og det kunne jeg *slet* ikke få til at passe med noget som helst. Det gav ingen mening for mig. Men det gik jo så over, og så kunne jeg jo mærke; jeg døde jo ikke. Og jeg var her endnu. Og det oplevede jeg et par gange. Og øh, så sagde jeg så ja til det her job og var enormt lettet den dag, jeg havde sagt ja. Nu var det ligesom afklaret. Nu skulle jeg være chef. Og det skulle være enormt spændende. Og den nat, der vågnede jeg – altså natten efter jeg havde sagt ja, der vågnede jeg kl. fire om natten eller sådan noget. Badet i sved. Med en fuldstændig panikfølelse inden i kroppen. "Hvad er det, jeg har gjort?", "Hvad er det, jeg har sagt ja til?",

”For helvede mand, nu går jeg bare ind i en eller anden kæmpestor eksamenssituation, hvor jeg bare skal præstere max hver eneste dag. Og der er 30 par øjne, der hviler på mig og vil vurdere, om jeg er god nok og sådan noget. Jeg gik helt i panik over det. Så jeg opsøgte selvfølgelig straks en terapeut for at arbejde med det her. Og vi kom ind til noget med, at jeg havde nok noget lavt selvværd, og det var nok noget præstationsangst, og jeg var nok ikke bange for at være god nok og alt sådan noget. Og det passede jo vældig fint – på, hvordan jeg i øvrigt kendte mig selv. Og det fik jeg så – igennem samtalerapi med hende – så nåede jeg så frem til, jamen, jeg skulle jo bare tro på mig selv, og jeg skulle bare give den en skalle, og jeg var sgu god nok. Og de havde jo ikke peget på mig, hvis ikke de haft tillid til, at jeg kunne løfte den opgave. Og hvis mine medarbejdere synes, jeg var en klovn, altså, ”so be it”, det måtte jeg bare lære at ryste det af mig, altså få noget hår hud på fingrene. Så jeg kløede på, ik. Og i virkeligheden allerede der havde jeg fået nogle ret kraftige signaler fra min krop om, at det her tør du i virkeligheden overhovedet ikke. Altså du er gået op på ti-meter vippen, og du skulle måske have nøjes med de tre meter, ik. Men jeg overhørte det. Fordi jeg var smigret, og fordi jeg var ambitiøs, og fordi jeg ville blære mig med min løn og min titel, og synes det var enormt sejt at komme hjem til mine søskende, som jeg altid har konkurreret meget med og fortælle, at jeg var en fandens karl. Og så gik jeg ind i det her job, og så efter fire måneder der gik jeg ned med et brag og havde angst i fuldt flor. Så det kom der. Det job det blev faktisk katalysatoren for, at det virkelig brød igennem. Og det er et år siden nu. Jeg startede jobbet 1. marts sidste år, og var der så i fire måneder, og blev sygemeldt i udgangen af juni. Det er ved at være et år siden. 29. juni gik jeg hjem og var følelsesløs i hele den ene side af kroppen. Og *anede* ikke, hvad der foregik. Men i de fire måneder op til, der var det kommet trappende lige så stille. Jeg havde hold i nakken hele tiden. Jeg gik i fysioterapi. Fik masseret min nakke tre gange om ugen nærmest. Så blev det lidt bedre. Så kom det igen. Jeg tænkte: ”Hvorfor har jeg hold i nakken hele tiden”. ”Det var da noget mærkeligt noget”. Så havde jeg en del sådan hovedpine. Tung i hovedet. Migræne i weekenderne. Var svimmel. Men det var sådan de fysiske ting. Men sådan rent grundlæggende – inden i min trivselsfølelse – der havde jeg det bare ad helvede til. Altså, jeg trivedes *overhovedet* ikke. Jeg følte, jeg var kastet ud på dybt vand, og jeg kunne slet ikke hverken bunde eller svømme. Jeg var utryk hver eneste dag. Jeg sov okay om natten. De første 14 dage der sov jeg stort set ikke. Der panikkede jeg simpelthen hver nat: ”Nu i morgen, åh nej, kan jeg nu finde ud af det, er jeg nu god nok. Vil de nu i virkeligheden gennemskue, at jeg ikke har en skid at have det i. Altså enormt meget præstationsangst, altså socialangst i virkeligheden, der bare kørte løs, men det vidste jeg jo ikke, at det var. Og så op om morgenen og havde bare lyst til at græde og havde bare lyst til at blive liggende under dynen og havde bare lyst til at løbe væk. Havde bare lyst til at køre ind i et træ – havde bare lyst til at blive *væk*. Tage væk. Bare tage af helvede til. Bare skride fra det hele. Og alligevel tvinge mig selv i tøjjet. Og alligevel lægge makeup. Og alligevel sætte mig ind i bilen og køre herud med tårerne løbende ned ad kinderne, fordi jeg overhovedet ikke havde lyst til at være her. Fordi jeg var pissebange for, at folk synes, jeg var en idiot, og at de kunne se, at jeg ingenting kunne, og at jeg ville blive stillet over for nogle udfordringer igen i dag, som jeg ikke kan løse. Hvor jeg bare er på bar bund og står i bar røv og ikke aner, hvad fanden jeg laver. Kom så herud [ånder ud] og skulle ligesom ind ad døren og møde med mine medarbejdere og se dem i øjnene. Hver eneste gang der var een, der kiggede på mig, blev jeg bange: ”Åh nej, nu spørger de mig om et eller andet, jeg ikke ved en skid om”. Og det var forfærdeligt. Og når det så var kommet ud på eftermiddagen, så blev jeg mere rolig, fordi jeg *kunne* jo egentlig godt. Altså jeg kunne jo rent faktisk håndtere de ting, selvom de spurgte mig om ting, jeg ikke vidste, jamen, så kunne jeg jo undersøge det og finde ud af det og lære noget og give dem et svar. Og egentlig var de ikke så farlige. Og egentlig var de da meget søde. Men det var ikke rigtig godt, altså. Og så havde jeg en chef, som var meget fraværende. Og en kollegachef, som var også meget fraværende. Det var ligesom, de troede, at jeg kunne meget mere, end jeg følte, jeg ku’. Og på et eller andet tidspunkt, begyndte jeg at få en eller anden fornemmelse af at sidde i den der afdeling som kransekagefigur. Jeg følte mig sådant enormt – jeg var her 50 timer om ugen, jeg knoklede røven ud af bukserne, og når jeg var hjemme og havde fri og om aftenen og i weekenderne og i påskeferien, der var jeg også på arbejde og læste e-mails. Så det var ikke fordi jeg sad med benene over kors og ikke lavede noget. Men jeg havde bare en følelse af, at det ikke *flyttede* noget. At det ikke rykkede noget, at jeg ikke kunne gøre en forskel. Og at mine medarbejdere kiggede på mig og tænkte: ”Hvad bruger du egentlig din tid på? Du er her jo aldrig. Du er altid til møder. Vi ved ikke, hvad du laver. Du leverer ingenting. Du kan ikke gøre en forskel med det, vi beder dig om”. Altså, jeg følte sådan, at jeg sad der og hed ”chef” og fik chef løn men i virkeligheden bare var fuldstændig til grin. Og så rendte jeg i virkeligheden og lavede alle mulige ting, som

jeg ikke var blevet ansat til. Og som jeg ikke vidste noget om. Og alle de kompetencer jeg havde, hvor jeg var god og stærk og på hjemmebane, det brugte jeg overhovedet ikke, fordi i virkeligheden var der behov for, at jeg skulle lave noget helt andet. Implementere IT-systemer, som jeg bare "Hvad fanden er det". Nå, men det måtte jeg jo gøres, og så gjorde jeg det, ik. Men igen, jeg anede ikke, hvad fanden jeg lavede. Og det kunne jeg simpelthen ikke holde til. Der kom jeg simpelthen så langt ud på dybt vand, så jeg slet ikke ku' – ku' – altså, der var slet ikke noget tryk noget sted. Der var ingen steder, hvor jeg følte, at jeg var på hjemmebane eller hvor jeg følte, at "det her, det ved jeg sgu noget om". Altså, det var kun, hvis der var nogen, der kom ind og sagde: "Må jeg snakke med dig?" Og så begyndte de at græde, fordi de havde det dårligt. *Det* kunne jeg håndtere. Altså, hvis der var nogen, der kom og betroede mig, at der var en konflikt mellem to og så gå ind i den situation. *Det* kunne jeg håndtere. Og altså, alt det der, som de andre ledere ikke vil røre ved, *der* var jeg på hjemmebane. Det ville jeg godt. Men alt sådan det der dagligdags, adhoc brandslukninger, ditten og datten, det kunne jeg ikke håndtere. Det tror jeg bare voksede inden i mig. Den der mistrivsel. Og utryghed. Og bange for ikke at slå til. Og følelse af ikke at slå til. Følelsen af at være fuldstændig fejlplaceret, fuldstændig gå til spilde. Rage rundt i blinde. Der tror jeg nok, at min krop sagde, at hvis du ikke selv kan fatte det, så må jeg sgu sætte dig ud af spillet. Og så begyndte jeg at få sådan noget følelseløshed i den ene side, der startede i min arm og nede i benet og så bredte det sig op i panden og ned i ansigtet. Og ned ad siden, ned på ballen og hoften. Det var faktisk hele min venstre side, der begyndte at meget stille at – det var ikke noget særligt. Det var bare sådan, hvis jeg fx smurte creme på om morgenen, så var der forskel på, hvordan jeg mærkede min – altså hvordan armen mærker hånden - på den ene side og på den anden side. Det var ligesom, at følsomheden var nedsat. Det var ikke meget, men det var bare nok til, at jeg registrerede det. Og så blev det langsomt værre. Og så på et tidspunkt så begyndte det at prikke og stikke og brænde, og det gjorde ondt, når jeg havde tøj på, og det var bare mærkeligt. Og da det havde varet i et par uger, og jeg var egentlig ret godt klar over, hvad det handlede om – jeg så det meget som en fysisk reaktion på, at min psykiske tilstand var i lokummet. Så gik jeg til min chef og sagde: "Det her det spiller simpelthen ikke, altså, jeg kan ikke holde ud at være her mere". Og så fortalte jeg, hvordan jeg havde det og brød fuldstændig sammen og græd og græd. Og han var helt ulykkelig over, hvad han havde udsat mig for. Så han sendte mig hjem på en sygemelding og sagde: "Ved du hvad" – jeg havde sommerferie fjorten dage efter – "gå hjem og vær syg i de her 14 dage, og så går du på sommerferie, og så kommer du tilbage om fem-seks uger, så ser vi, hvordan du har det". Og det havde jeg det rigtigt fint med. Og så aftalte vi også der, hvor han også sagde: "Vil du tilbage i det her job". Hvor jeg så sagde: "Nej, det vil jeg ikke. Jeg er færdig med det her job". "Okay, gå hjem, vær sygemeldt, hold ferie, find ud af, hvad du har lyst til og så kom tilbage efter sommerferien. Så finder vi, hvad du vil, og hvad du skal, og så finder vi et job til dig i huset". Og det gjorde jeg så. Og så gik jeg egentlig derhjemme i fjorten dage og havde det egentlig ganske glimrende. Jeg startede med at tage på Amager Skadestue, den dag jeg blev sygemeldt tog jeg herfra og blev sendt direkte ind i en taxa til Amager Skadestue, hvor jeg blev undersøgt af en læge og en neurolog. Først en læge og bagefter en neurolog. De tænkte: "Ah, det kan være, det er noget borelia, det kunne være noget sukkersyge, det kunne være noget sclerose" – det var sådan sværhedsgraden. Og de kiggede på mig. De mente ikke rigtigt, at der var noget. Så det var nok - som den ene sagde: "Det er nok noget psykisk". Og den anden sagde: "Det er nok noget hysteri". Og så gik jeg hjem med et brev i hånden, hvor der stod, at det måtte være noget stressbetinget. For det mente de, at det godt kunne passe, fordi jeg havde haft det så dårligt på mit job og sådan noget. Så det var nok noget stress. Og så gik jeg egentlig hjemme i 14 dage og havde det egentlig meget godt. Og det brændte lidt og det stak lidt, og det var lidt følelseløst, og det blev hverken værre eller bedre, men det var, hvad det var, og jeg tænkte: "Det er sgu nok fordi, jeg har kørt for hårdt på". Og så efter de 14 dage så kom jeg så ind i min sommerferie, og der skulle vi så til Grækenland og ud at flyve. Weekenden op til, der gik vi så og pakkede, så lige pludselig, så mistede jeg simpelthen bare kræfterne. Det startede i kæberne. At vi sad og spiste noget aftensmad, så kunne jeg ikke tygge. Jeg var bare så træt i mine kæber, jeg kunne slet ikke... Jeg spiste en bid og så måtte jeg hvile mig. Min kæreste sagde: "Jamen, hvad sker der" [efterligner følelseløsheden] – "Jamen, jeg er bare enormt træt i munden. Og med det havde jeg jo så svært ved at artikulere ordentligt, så jeg havde sådan en hel aften, hvor jeg var bare: "Jeg ved ikke, hvad der sker ... min mund - [efterligner igen følseløsheden] – er mærkelig. Jeg havde svært ved at synke. Det var ligesom at alle mine tyggemuskler de bare gav slip. Så ville de bare ikke mere. Altså holdte op. Og så dagene efter så begyndte det i benene. I begge ben faktisk. Jeg følte faktisk, at jeg mistede mine kræfter. Jeg havde svært ved at gå. Jeg havde det som om, jeg skulle falde hele tiden. Og jeg faldt ikke. Og jeg kunne

godt. Og jeg lavede sådan nogle – jeg dansede meget som ung – jeg prøvede at lave sådan nogle balletøvelser for at se, om jeg ku' bevæge mine ben. Om jeg kunne styre dem og sådan noget. Det kunne jeg sagtens. Og jeg havde hele tiden den der følelse af: "Lige om lidt så falder jeg. Og når jeg tager et skridt om lidt, så giver det bare efter. Så kunne mine ben bare ikke bære mig". Og så kom det op i armene. Og i løbet af den der weekend, mens vi gik og pakkede, der *sivede* kræfterne bare ud af mig. Og til sidst så søndag aften, der lå jeg inde på sofaen og kunne slet ikke løfte mine arme og kunne slet ikke bevæge mine ben, og jeg kunne næsten ikke tale med min mund. Det var fuldstændig som om, at jeg var blevet lammet fra en ende af. Og så blev jeg jo *pissebange*. Og tænkte: "Hvad helvede sker der her?". Vi skulle rejse til Grækenland næste morgen, og det var søndag aften, og det var mandag eftermiddag vi skulle rejse. "Jeg kan ikke pakke min kuffert, jeg kan ikke løfte mine tasker. Jeg kan ikke gå ude i lufthavnen. Altså, jeg tør da ikke tage til Grækenland, sådan som jeg har det, hvis jeg er ved at få en eller anden sygdom". Så ringede jeg til en lægevagt og forklarede ham, hvordan jeg havde det og sagde til ham: "I virkeligheden har jeg egentlig mest brug for at blive beroliget, fordi jeg skal til Grækenland i morgen, og du kan bare fortælle mig, at jeg ikke fejler noget". Og så sagde han: "Ja, det kan jo godt være, det er noget psykisk, men inden du tager af sted i morgen, skal du lige forbi hospitalet og tjekkes for de her ting". Nu siger jeg lige fire diagnoser, så kan du skrive dem ned, og så kan vi tjekke dem i morgen. Hvis du ikke har nogen af dem, så kan du godt rejse. Nå, okay, jeg sad klar. Og så sagde han: "Borelia, sclerose, sukkersyge" - og en sygdom mere, der hedder, ah, nu har jeg glemt det. Jeg kunne det ellers længe. Jeg har læst meget om det på nettet [griner]. En ting til. Et eller fransk. Guillain-Barré hedder det. Og det skrev jeg ned. Og så sagde han: "Nu skriver du de her ting ned" – Og jeg var bare sådan: "Hvad er det for noget?" Jamen, det kan du læse om på nettet". – "Nå, okay". Så gik jeg i gang med at læse på internettet. Og så kom angsten bare for fulde knald, fordi sukkersyge det kunne jeg ligesom relatere mig til. Fordi så får man noget – så skal man lægge sin kost om – så får man måske noget insulin. Det kan man styre, og det kender jeg flere, der har. Det er under kontrol. Og borelia, det havde min svoger haft. Okay, det er selvfølgelig noget lort, men det kan man også. Det skal nok gå. Men de to andre [griner]. Det var rigtig galt. Og sclerose det kender I sikkert godt, og det der Guillain-Barré, det er en lammelse, der kommer snigende, typisk starter et sted og så breder den sig rundt i hele kroppen, og man dør ikke af det, men nogen ligger som grøntsager i lang tid, før det så langsomt forsvinder. "Du kender den godt?"

I: Ja

Okay, er det ikke bare den mest skræmmende sygdom, der findes?

I: "Man kan blive lam fra den ene dag til den anden".

Ja, ja, præcis

I: Men det er noget med, at man kommer sig over det igen.

Det gør man, det er kun et spørgsmål om tid. Og jeg har læst om nogen, der har ligget i et år nærmest i respirator og alt muligt og bare ventet på, at det så vender tilbage, ik. Og så har man så nogle følger af, at man har ligget lammet i så lang tid. At man så skal genoptrænes. Men det var skideskræmmende alligevel. Og netop fordi det kom som sådan noget lammelse, altså, jeg mistede kræfterne på den der måde, ik. Så kunne det jo godt være det. Så alt, jo mere, jeg læste, jo mere angst blev jeg for de her sygdomme. Og så begyndte jeg også at læse sygdomshistorier fra folk, der havde de her ting. Og begyndte hele tiden at mærke efter. "Nå, de der sclerosepatienter, de har det sådan og sådan, det kan jeg da egentlig også godt mærke. Men det kan jeg også, så har jeg garanteret sclerose. Men det der Guillain-Barré, det kommer snigende. Men det her det er også kommet snigende. Uh, det er garanteret det. Så piskede jeg mig selv op til en stemning af, at nu fejler jeg sgu nok noget af det her. Det var ikke nok, at det bare var sukkersyge. Jeg gik efter den behårde. Jeg var sikker på, at det måtte være een af de rigtige alvorlige, altså [griner]. Jeg havde nok ikke bare sukkersyge, så det var nok noget af det andet. Så jeg kom – mandag morgen blev jeg indlagt på Frederiksberg Hospital sådan akut. Og de fik jo at vide, at jeg skulle rejse med et fly kl. 15.00 om eftermiddagen, så de skulle bare se at få ekspederet de der diagnoser, så jeg kunne komme af sted på ferie. Og kufferterne stod pakket derhjemme, kæresten havde hjulpet mig. Vi skulle bare væk fra hospitalet, hente kufferterne og ud i lufthavnen. Så vi havde besluttet, at - så længe vi bare kunne nå at komme på hospitalet senest 13.30, så kunne vi godt nå det. Altså og sådan kørte det. Og de var skide på derude og skidegode til at vi skulle nå det der fly og alle vidste, jamen, de skal nå det der fly, og de skal gå senest halv to, og det skal vi nok nå. Og så kørte de ellers bare derudad med blodprøver, hjerte-EKG og blodsuktermåling, temperatur, altså, de tjekkede mig for alle mulige ting. De tog mange blodprøver. De ville sådan scanne mig for hele

spektret af ting og sager. Borelia selvfølgelig, sukkersyge målte de mig flere gange, efter sådan når jeg havde spist noget, og så tænkte de, at det kunne måske også være noget hjernesvulst, eller et eller andet, der sad og trykkede et sted, så blev jeg CT-scannet, og de fik resultaterne meget hurtigt. Der var ikke noget på scanneren overhovedet. Der var ikke noget med mit blodsukker, der var ikke noget med mit hjerte. Jeg manglede ingen af de der vitale vitaminer eller mineraler eller salte eller noget som helst. De lavede to forskellige neurologiske undersøgelser – to forskellige neurologer kom og lavede neurologiske undersøgelser på mig og tjekkede mig for sclerose og sådan noget. Der var *ingenting*. Nej, den første tjekkede og sagde, der var ingenting, og så fik jeg de der resultater løbende. Og så til sidst så kom de og sagde: ”Okay, vi kan intet finde”. De symptomer, du har, de kan meget vel være fysiske, men de kan også være psykisk betinget. Vi har tjekket dig for stort set alle de fysiske ting, det kan være. Og du har ikke noget af det. Så vi har faktisk kun tilbage at sige, at det må være psykisk. Men vi laver lige en prøve mere”. Jeg skulle have en MR-scanning, som så er noget en noget mere grundig hjernescanning end CT’en. Og så ville der komme top-neurologen over alle neurologer på Frederiksberg Hospital. Han ville komme og undersøge mig som det *sidste*, inden jeg gik. Men jeg skulle nok nå det, og vi skulle nok nå vores fly. Og så sad vi lidt og ventede, og så fik vi at vide, at den der MR-scanning, den kunne jeg altså ikke få den dag. Så de blev nødt til – jeg kunne ikke komme til. Og den tidligste tid de kunne finde til mig, det var sådan noget fjorten dage efter. Så de sagde til mig: ”Enten må du blive hjemme fra ferie og så få den scanning der, eller også må du tage af sted og så bliver du ikke scannet”. Jamen, jeg var sådan lidt, så skide være med det. Og så kom ham der top-top-neurologen til allersidst lige inden vi skulle gå og undersøgte mig *meget* grundigt. Og så sagde han: ”Ja, altså umiddelbart så kan jeg ikke sige til dig med sikkerhed, at du har sclerose. Det kan godt være, du har det. Jeg vil anbefale dig at blive hjemme fra ferie og så tage den scanning”. Og så panikkede jeg *fuldstændig*. Og så aflyste vi ferien og blev hjemme, og jeg tudede, og jeg tudede, og jeg tudede, og jeg var sikker på, at nu døde jeg simpelthen. Nu... ikke døde, men nu gik mit liv i fuldstændig ruiner altså. Nu havde jeg sclerose, og nu kom vi ikke på ferie. Vores kufferter var pakkede, og vi havde ikke noget mad i køleskabet, og vi var helt.. Og min mand havde psoriasis, han skulle bare sydpå og have noget sol, have noget sol på kroppen, og nu ødelagde -

[Båndet vendes]

Jamen, så blev vi jo så hjemme. Og så i de ti dage, der gik fra jeg var akut indlagt den dag, og til jeg skulle have den scanning, jeg tror, det var efter 10 dage, der fik jeg det bare værre og værre og værre. Og jeg brugte en masse tid på at gå på nettet og læse om sclerose og gå ind på Scleroseforeningens hjemmeside og ringe til folk, der havde det og læse sygdomshistorier, og jeg *vidste* bare, jeg havde sclerose. Jeg var slet ikke i *tvivl* om det. Fordi jeg havde bare alle symptomerne. Og jo flere symptomer, jeg læste om, jo flere fik jeg. Altså jeg havde bare dem alle sammen. Og jeg var så blevet udskrevet, og der var ikke nogen, der kunne hjælpe mig, og jeg var så tilbage til min egen læge igen. Min egen læge sagde: Prøv at hør her. Der er ikke nogen sclerosepatienter, der har alle symptomer. Så har man et symptom. Eller to måske. Fordi der jo noget med, at der sker et eller andet... at der bliver nedbrudt noget oppe i hjernen. Det sted, der bliver påvirket oppe i hjernen, det er der, man får symptomer, men du kan jo ikke have symptomer over det hele. Det ville betyde, at hele din hjerne jo altså nærmest ville være en si, altså. Så ville det altså også have vist sig på scanningen og sådan noget. Men jeg var sikker på, jeg havde det. Jeg vidste, jeg havde det. Jeg synes, hun var en inkompetent idiot. At hun ikke kunne tage mig mere alvorligt. At de for fanden ikke kunne se, at jeg hverken kunne gå eller stå. Og i de der ti dage, hvor jeg ventede, der havde jeg det faktisk sådan. Jeg kunne ikke gå på mine ben. Min man måtte hjælpe mig, eller min kæreste – vi blev gift i efteråret. Han måtte hjælpe mig på toilettet. Jeg kunne ikke tørre mig i røven. Det gjorde han. Jeg kunne ikke børste mine tænder. Jeg kunne ikke spise. Jeg kunne ikke drikke. Jeg kunne ikke gå i bad. Jeg kunne ikke vaske mit hår. Jeg kunne ikke løfte armene op over hovedet. Der var en eftermiddag, hvor jeg havde ligget på sofaen i tre dage eller sådan noget, hvor jeg sagde: ”Nu kunne jeg godt tænke mig at komme ud og få lidt luft”. Det var trods alt juli måned, og solen skinnede udenfor. Han sad ude på altanen og holdt sommerferie. Det var rigtig super for ham. Og så tog han mig under armen, og så gik vi sådan 100 m hen ad gaden. Så blev jeg nødt til at sidde ned i tyve minutter for at få kræfterne til at gå tilbage. Altså så svag var jeg. Jeg gik og faldt over mine egne ben. Jeg kunne ikke løfte et glas vand op til munden. Han madede mig. Han skar min mad ud i små hapsere. Han madede mig. Jeg kunne ikke tygge, så det var is og yoghurt og suppe og sådan noget, jeg spiste. Jamen, han madede mig, han vaskede mig, han vaskede mit hår tørrede mig i røven. Han kørte mig rundt, hver gang vi skulle noget. Jeg sad bare i bilen og savlen, det løb, fordi jeg ikke kunne styre mine muskler inde i

mundten, så løb savlet sådan hele tiden. Så jeg sad faktisk sådan her med [demonstrerer det] savlet løbende i næsten ti dage og var så bange, jamen, jeg var lige ved at dø af angst, altså. Og jeg rystede over hele kroppen, og det sitrede. Alle mine muskler, de stod – selvom jeg ikke havde nogen kræfter – men når man kiggede på mine muskler, så stod de og kørte, som om jeg havde kramper i mine arme og mine ben og brystmusklerne. Det stak og det brændte, og jeg var følelsesløs. Og jeg havde synsforstyrrelser, og mine tunge, og hele det rundt om læberne, prikkede. Og jeg havde kvalme, og jeg var svimmel, og jeg så dobbelt. Jeg skulle tisse hver tiende sekund. Hver gang jeg tisede, så skulle jeg tisse igen. Og jeg frøs, selvom det var varmt. Og jeg svedte, når det var koldt. Men jeg var *fuldstændigt* ude at skide altså. Og jeg var bare rædselsslagen for, hvad fanden det var, der var galt. Og der var ikke nogen, der kunne fortælle mig, hvad jeg fejlede. Og de sagde bare, at det var psykisk. Men hvad skal jeg gøre ved det altså. Så kom jeg så til den MR-scanning langt om længe. Og den fik jeg så svar på et par dage efter. Der var selvfølgelig ingenting. Og så fik jeg et sødt brev fra ham der top-top-neurologen fra Frederiksberg, der sagde: ”Din scanning viser ikke noget, og den undersøgelse, jeg har lavet på dig, altså der er ikke noget. Du fejler ikke noget. Du har i hvert fald ikke sclerose. Og jeg kan ikke love dig, at du ikke får det i morgen, men du har det i hvertfald ikke nu. Og du har ikke borelia, og du har ikke sukkersyge, og du har ikke Guillain-Barré, og du har ingenting. Der er intet, vi kan finde. Jeg ved ikke, hvad vi skal stille op med dig. Så du må prøve at slappe af, holde noget ferie. Det er sikkert psykisk og stressbetinget”. Og det kunne jeg bare ikke bruge til en skid altså. Og der var angsten nok blevet så voldsom – og der vidste jeg stadig ikke, det var angst – altså jeg følte mig bange, men jeg kobede det på, at jeg fejlede noget fysisk. Så det var naturligt at være bange, ligesom man fik at vide, man havde kræft. Jeg tænkte, det var jo nok bare sådan, det var. Og jeg var så overbevist om min sygdom, at jeg mente, de tog fejl. Jeg tænkte: ”Så må de scanne mig igen, for jeg ved, der er noget. Så må de tage blodprøver igen, for jeg ved, der er noget”. Altså, men de sagde bare på Frederiksberg Hospital: ”Men vi kan ikke gøre mere nu. Vi har brugt 100.000 på dig. Der er ikke mere at komme efter. Nu må du holde op”. Og så gik jeg til min egen læge og sagde: ”Jamen, du må gøre et eller andet”. For hun var jo bange for, at hun overså noget, så hun tog nogle flere blodprøver. Og så blev jeg endnu mere bange, fordi hvis hun tager blodprøver, så må det være fordi hun har en mistanke om, at der er noget, ik. Og så ventede jeg på, at de der blodprøver kom. Og så kom de tilbage: ”Vi kan intet finde”. Altså, hun sagde på et tidspunkt: ”Jeg ved ikke, hvad jeg skal stille op med dig. Jeg kan *se*, at du har det ad helvede til. Jeg kan *se*, at du ikke kan gå herhen. Jeg kan *se*, at du ikke kan tale. Jeg kan *se*, at savlen løber ud ad munden på dig. Jeg *aner* ikke, hvad jeg skal stille op. Det eneste altså – det er psykisk. Der kan ikke være andet. Vi har udelukket alle andre ting”. Og jeg troede bare ikke på det. Altså, jeg tænkte: ”I er inkompetente, hele banden. Hvor er der en dygtig læge i det her land, altså. Jeg er jo *syg*, for helvede, det kan I jo *se*”. Og det var så frustrerende, og det var så skræmmende, at der var ingen, der kunne hjælpe mig. Så på et tidspunkt så sagde hun: ”Jeg tror sgu altså” – Nej, så på et tidspunkt så havde hun fri, og så fik jeg fat i en lægevagt igen – igen [griner]. For jeg kunne jo ikke acceptere, at der ikke var nogen, der kunne hjælpe mig. Så fik jeg fat i en lægevagt, i en weekend, en lørdag, og han var *skidegod*. Han sagde: ”Ved du hvad, du må komme herhen, og så snakker jeg med dig”. Og min kæreste, han sagde: ”Jeg orker ikke at køre mere”. Nu havde han bare siddet på hospitaler og i venteværelser og ved lægevagter og ved øjenlægen og ved alle mulige læger i - på det tidspunkt var det vel nærmest en måned eller sådan noget, det havde kørt på. Og han sagde: ”Jeg orker ikke mere altså. Hvis du skal tage til lægevagten, så må du tage en taxa. Og så tænkte jeg: ”Fanden stå i det. Jeg kan ikke have en bil stående nede på gaden og så tage en taxa. Det kan ikke være rigtigt. Jeg kører den bil”. [Griner] – Og så kørte jeg i første gear hele vejen hen til lægevagten. Og var fuldstændig panikangstet over, om jeg nu kørte nogen ned, om der nu var noget, jeg overså. Jeg havde jo ingen kræfter. Jeg kunne dårligt skifte gear – altså sad bare der. Men nærig var jeg jo [griner]. Og så kom jeg over til lægevagten, og så kom jeg ind, og han var bare fantastisk. Jeg beskrev hele min forfærdelige situation, som jeg har gjort nu, og han var meget tålmodig, og der var gudskelov ikke nogen ude i - det var sådan en varm, varm lørdag eftermiddag, og der var ikke nogen ude i vagten. Så han havde god tid til mig – gudskelov. Og han lyttede tålmodigt. Og jeg fortalte og fortalte. Så sagde han: ”Jeg kan jo ikke love dig, at du ikke har sclerose, fordi nu er der jo altså gået en uge siden, du blev scannet. Og det kan jo godt være, at det pludselig er kommet. Men sandsynligheden er *minimal*. Men een ting, jeg kan love dig, sagde han, og det er, at du har angst, for 90% af de symptomer, du sidder og beskriver, det er angstsymptomer. Du er fuldstændig ude at skide altså. Og så fortalte han noget omkring angst. Og det var første gang, jeg hørte noget om det. Det var første gang, nogen kunne beskrive noget. Det var første gang, jeg mødte een, der vidste noget om det. Og han beskrev nogle angstsymptomer,

som jeg nikkede genkendende til alle sammen. Han lavede en angsttest på mig, som jeg scorede tårnhøjt på. Og så fortalte han et billede med en kat oppe i et træ, sådan noget med flugt eller slås, adrenalin, der pumper, når man føler, man er truet. Så vil man enten slås eller løbe. Men fordi at angsten handler om noget inden i min krop, fordi jeg har sygdomsangst, så kunne jeg jo ikke flygte fra det. Så derfor var jeg – jeg var jo fuldstændig låst fast. Og adrenalin den pumpede bare rundt. Og jeg var jo fuldstændig hypet på det her kemi, der bare blev værre og værre og værre. Alle mine muskler spændte. Fordøjelsen gik i stå og alle de der ting, fordi jeg var så stress-hormonelt ramt af angsten, ik. Og det forklarede alle de der symptomer, jeg havde. Hvorfor det prikkede, hvorfor det stikkede. Hvorfor det stak, hvorfor min tunge den prikkede, hvorfor jeg var svimmel og alle de der ting handlede i virkeligheden om nogle fysiske ting, der kørte i min krop – rent kemisk. Og det kunne jeg så pludselig godt forholde mig til et eller andet. Det gav mening på en meget konkret måde. Og så sagde han: ”Du får simpelthen nogle piller. Du skal jo ned. Du skal jo ned at ligge”. Og så fik jeg nogle piller, som jeg selv kørte ned – købte ind i døgnapoteket. Kørte hjem og tog og var skidebange. Jeg har altid haft det sådan – jeg har gået til terapi i mange med alle mulige andre ting. Og jeg har altid haft det sådan, at piller, det skulle man holde sig fra. Det der medicin, så er man syg og fucked up, altså. Og lukkede afdelinger, ik. Jeg skal da ikke have sådan noget angstmedicin. Men jeg tog det så alligevel. Og i løbet af et døgn så var jeg bare helt nede – puhh. Og så var der stadigvæk lidt tilbage af nogle af de symptomer, det hele faktisk var startet med. Med følelseløsheden og sådan noget. Men alt det andet. Pludselig kunne jeg sove. Pludselig holdt musklerne op med at dirre. Pludselig holdt jeg op med at være svimmel. Pludselig kunne jeg trække vejret. Pludselig kunne jeg tale. Gå. Bevæge mig. Jeg var enormt trætt, og jeg var enormt udmattet, men jeg havde et helt andet overskud lige pludselig. Jeg var slet ikke mig selv, altså – men fra at jeg havde været *helt* ude at skide, så kom jeg så tilbage et eller andet sted, hvor jeg pludselig begyndte at fungere lidt. Og sådan kunne gå med ud at handle. Men samtidig havde han så også sagt til mig, at det var meget vanedannende noget af det medicin, så jeg måtte ikke tage det ret længe, men nu skulle jeg have det, og så kunne det hjælpe mig. Akut. Og hvis det hjalp, så var det jo et bevis på, at det *var* angst. Fordi som han sagde: ”Hvis det her er sclerose, så virker det her jo ikke”. Så det at medicinen, det virkede, det kunne jeg jo så *se*. At så måtte det være fordi at det var psykisk. Men jeg måtte ikke tage det mere end, hvad var det, fjorten dage eller sådan noget. Det synes jeg jo i sig selv var helt forfærdeligt, fordi nu var der jo endelig noget, der hjalp mig lidt. Men den bed min egen læge så på og så sagde hun: ”Jamen, jeg tror, vi skal gå i gang med noget SSRI-medicin”. Og så fik jeg Cipramil. Og på det tidspunkt der var der seks uger til mit bryllup. Og det var jo også sådan med til at presse tingene lidt, fordi jeg sad jo der og var en grøntsag, ik, og vi havde altså en fest til 100.000 stående d. 25. september. Indbydelserne var sendt, lokalerne var bookede, kjolen var købt – og jeg sad der og savlede, ik. Og kunne jo ikke gå. Og jeg tænkte: ”Jeg kan ikke gå op ad kirkegulvet. Jeg kan ikke gennemføre den fest. Jeg kan slet ikke – det er jo fuldstændig – gennemføre den fest. Og min læge var sådan lidt: ”Okay, nu skal vi have dig op at stå til det bryllup der, så nu kører vi altså på med medicin. Og på det tidspunkt, der havde jeg det så dårligt, at jeg var ligeglad. Jeg sagde: ”Pump mig fuld af hvad det skal være. Jeg er pisseligeglad, bare det virker. Nu skal det her bare holde op”. Der var vi så i august måned, og der havde jeg været syg siden udgangen af juni og haft det sådan der med ikke at kunne gå og ikke kunne sove. Jeg tror, jeg sov mellem halvanden og to timer i døgnnet, fra starten af juli til midten af august. Der var jeg altså godt medtaget på det tidspunkt. Og så fordi når jeg var vågen, så kørte det hele jo på mig. Jeg kunne ikke holde ud at være vågen. Jeg ville så gerne sove, sove fra det. Og det kunne jeg ikke. Så jeg fik Cipramil og startede på *al* for høj en dosis, fordi min læge, hun var jo så sød, og hun ville jo gøre det så godt, og hun anede jo ikke en skid om, hvad hun havde med at gøre, men hun havde gode intentioner. Så hun startede bare på 20 mg. Og efter to døgn der klatrede jeg rundt på væggene – altså af bivirkninger. Jeg ved ikke, om du ved så meget om det?

I: Mumler

Nå, men dem er der selvfølgelig en masse af. Og det er forskelligt – nogen får ingen, og jeg havde stort set dem alle sammen, og det havde jeg jo selvfølgelig også, fordi jeg som sygdomsangst jo læste på pakken [griner], ja, læste indlægssedlen, og det skal man holde sig fra, når man er sygdomsangst, for jeg fik jo alle symptomerne. Så jeg kunne ikke sove om natten, og jeg blev tør i munden. Der er sådan nogle klassiske, som næsten alle får som fx sådan noget med at blive tør i munden. Det havde jeg selvfølgelig og mistede appetitten, og jeg havde kvalme, og det brændte alle steder. Og så blev jeg hyperaktiv. Det er der mange, der får. Altså man kan slet ikke være – man får uro. Helt ekstrem uro. Så jeg kunne slet ikke sidde stille altså. Det hele, det kørte. Så hvis jeg havde haft det dårligt, så fik jeg det bare rigtig fucking dårligt, efter jeg

startede på medicinen, fordi det forstærkede bare symptomerne. Og det er jo også meget typisk – man kan jo få det for depression og for angst. Folk, der har depression, der får lykkepiller, de bliver typisk mere depressive og selvmordsagtige. De skal have observation i starten, og angstpatienter, de bliver typisk mere angste. Det går lige ind og forstærker alle symptomerne. Så jeg piskede bare af sted i angst [griner] – det var så forfærdeligt [griner]. Men nu synes jeg jo, det er sjovt et eller andet sted. Jeg synes også, det er helt vild synd for mig. Men altså, jeg fik mine kræfter tilbage, vil jeg sige, og jeg gik, og jeg gik, og jeg gik. Jeg kunne ikke være nogen steder for uro. Og det eneste, jeg kunne gøre, det var at bevæge mig, så mærkede jeg det ikke. Jeg gik ti kilo af på ingen tid, fordi jeg kunne ikke spise, jeg mistede appetitten, jeg var tør i munden. Jeg kunne slet ikke spise noget. Og så havde jeg uro, ik.

I: Hvordan havde du det indeni – udover de kropslige symptomer?

Sådan følelsesmæssigt?

I: Ja

Jamen, angsten stadigvæk. Jeg havde det sådan, når jeg havde slået øjnene op om morgenen – det passer ikke, men efter jeg havde sovet de der par timer, og jeg slog øjnene op, så havde jeg som om – jeg var bange – lige med det samme. Jeg nåede måske at være vågen – jeg ved ikke, om I nogensinde har oplevet den der følelse af, hvis nu – ah, så hjælper en god nats søvn, hvis man er bekymret eller et eller andet, så er det dejligt – så vågner man om morgenen, og så er der lige sådan et par splitsekunder, hvor man bare lige kan nyde det lidt, og så kommer man i tanke om det: ”Åh, pis” – og så er den der igen, ik. Det var sådan, at når jeg havde sovet og vågnede, så havde jeg lige de der få, få sekunder, hvor jeg sådan lige kunne nyde: ”Ah”, og så ”gissp”, så kom det bare tilbage som – ligesom eksamensangst men bare gange 10 hundrede, ik. Med tyndskidsfølelse, fryse og svede og ryste – hele tiden. Jeg var bare bange, bange hele tiden. For ingenting. Jeg kunne ikke pege på noget. Der var ikke nogen farlig slange eller en væmmelig voldsmand. Jeg var bare bange, bange, bange uafbrudt fra jeg vågnede til jeg lukkede øjnene. Og det var jeg jo så 22 timer i døgn, ik. Det var ret belastende. Og det der Cipramil det hjalp jo ikke en fløjtende fis, før der var gået en seks uger eller sådan noget – ah, nu skal lige – jo, jeg tror, det var seks uger før brylluppet, jeg kom på pillen. Og det er jo vigtigt, at man trapper *langsomt* op. Men altså på pakken, der står, at patienter skal have 20 mg, så vi baskede bare på med de 20. Så det første døgn der mærkede jeg ikke noget, og så det andet døgn, der var jeg bare ”neeeej”, ringede til min læge. Det kriblede og krablede over hele kroppen. Jeg havde det som om, jeg havde drukket 20 kopper kaffe og var bange på samme tid. Jamen, jeg tror slet ikke, jeg kan beskrive, hvor forfærdeligt det var. Jeg har faktisk ført dagbog over det for at kunne sammenligne, om det blev bedre, om det gik fremad. Så har jeg skrevet ned hver dag, hvordan jeg havde det. Alle symptomerne. Jeg har jo en bog så tyk. Sådan med: ”I dag der kribler og krabler det, det er ligesom min hud den ”crawler”, det kribler, kryber og det brænder, og mine arme, det er som om, de er fire gange så store. Det er ligesom en opvaskehandske, man har pustet op med luft. Sådan føles mine arme, og så står de bare og siger: ”bbzzzz”, sådan summer”.

I: Du skrev kun dagbog omkring de fysiske symptomer, eller?

Jaeh, og så gav jeg dagene karakterer – på følelse. Jeg havde sådan et system, hvor jeg skrev dagbog over de fysiske symptomer, og så vurderede jeg mine morgener, og mine eftermiddage og mine aftener på en karakter på et 13-skalasystem.

I: Og det handlede så om angsten?

Det var sådan trivslen generelt. Hvordan min psykiske tilstand var. Og det kunne jeg jo så se, efterhånden som pillerne begyndte at tage fat, så blev der færre symptomer, og karaktererne gik op. Så fra at have ligget på 03 og 5 hver eneste dag, så pludselig havde jeg både 9 og 10-taller i kalenderen, ik. Og hvis jeg så fik en lortedag igen og synes, så var livet ikke værd at leve igen. Jeg har ikke på noget tidspunkt været selvmordsagtig, det er bare min måde at tale på. Men altså når jeg synes: ”Nu kan jeg bare ikke holde det ud mere, nu er det bare forfærdeligt”. Så kunne jeg gå tilbage i kalenderen og se: ”I torsdags, der havde jeg faktisk et 10-tal om aftenen. Der havde jeg faktisk en god dag”. ”Så nu må jeg lige holde ud, og de har sagt til mig, at det går sådan her” [bevæger hånden op og ned]. ”Helbredelsen, den er opad, men det er ikke sådan, at den er: ”Pift” [kører hånden hurtigt opad], ”det er sådan her” [bevæger armen op og ned], ”og nu er jeg i et hul”. ”Så nu må jeg bare stå det igennem, og så kommer jeg op igen”. Og så ganske rigtigt. Så gik der måske en dag eller to eller en uge, og så kom jeg op igen. Og så kunne jeg jo så se, som tiden den gik, at der kom flere og flere – altså færre og færre symptomer – og flere og flere gode dage. Og så til sidst så holdt jeg op med at skrive dagbog, fordi så var det så overvejende i den positive side, at jeg synes, det blev lige meget

at skrive det ned. Men der gik nok – nej, jeg startede på de der 20 mg, så gik det rigtig, rigtig galt. Så ringede jeg til lægen og sagde: ”Uhh, jeg kravler rundt på væggene – hvad skal jeg gøre?” – ”Prøv at trappe ned på 10”. Så trappede jeg ned på 10. Så blev det lidt bedre. Men det var helt forskrækkeligt, for da jeg så lang tid senere kom til en psykiater, der diagnosticerede mig endelig, endelig, og det var først i november, og nu er vi altså stadig i august, ik. Det var først i november, jeg blev diagnosticeret. Så sagde hun: ”På et eller andet tidspunkt skal du jo trappe ud af medicinen”. – ”Jeg har hørt, det er så forfærdeligt at trappe ud af medicinen”. – ”Nå, men det kommer an på, hvordan man gør, ligesom man trapper langsomt ind, så trapper man også langsomt ud, så mærker man ikke noget til det”. Så sagde jeg: ”Jamen, jeg havde det forfærdeligt med at trappe ind”. – ”Jamen, hvorfor det?”. – ”Altså, jeg startede på 20 mg”. – ”HVAD gjorde du?”. – ”Jeg siger, jeg startede på 20 mg, det tog jeg i to døgn, og så ringede jeg til min læge, der sagde, at jeg godt måtte gå ned på 10”. – ”Ej, din stakkel, så må du have haft det forfærdeligt”. – ”Jamen, det havde jeg også”. – ”Åh nej, man starter måske på 2 mg eller sådan noget” [griner]. Hun syntes, det var rigtig synd. Men det vidste jeg jo heller ikke på det tidspunkt. Jeg måtte jo bare gøre, som lægen sagde. Jamen, så gik der 14 dage, eller i løbet af 10 dage, så tog bivirkningerne af. Der var ingen bedring, men bivirkningerne forsvandt, og da jeg op på 15 mg, bum, så kom alle bivirkningerne igen. Så i løbet af en uges tid, så tog bivirkningerne af. Der var stadigvæk ikke nogen effekt. Så trappede jeg op på 20 mg, så kom bivirkningerne igen. Efter en uge var de væk og stadigvæk ikke nogen effekt. Og så lå jeg der. Så har jeg en rigtig god kollega her i huset, hvis bror faktisk er en af forskerne bag Cipramil og er ansat op i Lundbeck. Så hun arrangerede lige en snak med ham, så jeg kunne spørge om en hel masse ting. Og han sagde: ”Altså, det er ikke farligt, du skal bare blive ved, bare hold ud. Der typisk op til et par måneder, før det virker. Bare bliv ved”. Og hun har så også en søn, som har OCD, så hun har haft det meget tæt ind på kroppen, og han har også fået Cipramil. Så hun kunne hele tiden guide mig i de bivirkninger, jeg havde. Det var helt normalt, det gik væk, og effekten kom forsinket og alt det der, jeg skulle bare holde ud. Det var enormt fedt at have en, som havde det tæt ind på kroppen selv, og som jeg kunne ringe – var jeg nær ved at sige – hver dag. Hun ringede jo til mig – jeg var jo sygemeldt. Jeg endte med at være sygemeldt i fem måneder, hun ringede til mig dagligt nærmest for at høre, hvordan det gik. Og det var enormt fedt, at der endelig var nogen, som - nu havde det fået en drejning, nu hed det ”psykisk”, det hed ”angst”-agtigt. Nu fik jeg medicin, og nu begyndte det sådan at – ja, hjælpe lidt, ik. Blive holdt lidt i hånden af en god kollega, som havde det tæt inde på kroppen. Så tilbød huset mig en psykolog, som jeg gik hos nogle gange, og det hjalp *ingenting*. Og det var sådan noget med barndom og sådan helt gængs terapi, som jeg ellers er stor tilhænger, og det hjalp mig bare balle altså. Og han var læge, men havde efteruddannet sig som terapeut. Han var ikke psykolog, han var terapeut. Og jeg var meget mere interesseret i, at han brugte sin lægefaglige viden til at fortælle mig, at jeg ikke havde sclerose. Det var jeg meget mere interesseret i end at gå i terapi hos ham. Og det terapi, vi prøvede at nørkle med, det flyttede bare ikke noget. Så til sidst efter jeg havde været der fem gange, så sagde jeg: ”Lad vær med at spille penge på det, han er sikkert smadder god og sådan noget, men jeg er slet ikke der”. Og øh, så kløede jeg bare på med medicinen og ventede og fik langsomt mine kræfter tilbage, og så fordi jeg var sygemeldt, så skulle jeg også have tiden til at gå. Og fordi jeg var så rastløs i min krop, så blev jeg nødt til at bevæge mig en hel masse, så jeg gik og gik rundt om Damhussøen, altså, jeg er gået rundt om Damhussøen rigtig meget [smågriner]. Altså kl. fire om morgenen, når jeg havde holdt den gående til kl. 1-2 om natten. Så faldt jeg *endelig* i søvn. Så vågnede jeg kl. fire, ding, jeg var frisk som en fisk. Min mand skulle på arbejde, så ham måtte jeg hellere lade være, så på med tøjet, og så fordi det var i sommerperioden, i august, så var det stadigvæk lyst. Så gik jeg bare og gik og gik og gik...og gik ind til DGI-byen, som åbnede halv syv, og så kunne jeg jo svømme, og der må man jo være lige så længe, man vil, når man har betalt. Og jeg svømmede, og jeg svømmede, og jeg svømmede med de kræfter, jeg nu havde. Jeg løb hurtigt tør, så hang jeg sådan på bassinkanten [gisper efter vejret], og så kunne jeg svømme igen. Og så sad jeg ellers i spa-poolen og rystede af skræk. Fordi jeg jo både var angst stadigvæk og sad sådan og kiggede: ”Hun ser sød ud hende derovre. Nu sidder jeg i poolen og angster helt vildt. Og hvis jeg bliver bange, så går jeg over og spørger hende der, om hun ikke vil holde lidt om mig”. Og det gjorde jeg aldrig, men jeg havde sådan nogle: ”Nå, hende derovre, hun er mormor-agtig, hun har sit barnebarn med i varmtvandsbassinet, hun vil sikkert gerne holde mig lidt i hånden” [griner]. Hvis jeg går hen til hende og siger: ”Jeg er helt vild bange, vil du ikke holde mig lidt i hånden” [griner]. Så jeg lavede sådan nogle redningsaktioner-agtigt, som jeg aldrig fik brug for, men som jeg sådan havde, ik. Jamen så var det også bare sådan. Så kom jeg ind i DGI-byen, så blev jeg nødt til at sætte mig ned i 10 minutter fordi jeg havde den her [trækker vejret hurtigt]- vejrtrækning. Så måtte jeg sidde sådan, nå, så havde jeg fået

vejtrækningen ned. Så kunne jeg gå i bad. Så når jeg havde fået badedragten på og var klar til at gå ned i bassinet, så måtte jeg sætte mig inde i saunaen i 10 minutter for lige at slappe af, for så var angsten oppe igen. Så gik jeg ned til bassinerne, så var jeg så angst igen, så jeg måtte sætte mig i spa-badet, og hvis det var lukket, så måtte jeg sætte mig i varmtvandsbassinet. Så måtte jeg sidde der, indtil jeg havde ro igen. Så kunne jeg svømme lidt, indtil jeg havde ro igen. Så var jeg derinde i måske en tre-fire timer på den måde der, ik. Og så kunne jeg så tage hjem. Og så havde jeg så et årskort til Zoologisk Have, og så gik jeg enormt meget i Zoologisk Have, og så sad jeg uden foran ulveburet og græd. Jeg ville så gerne ind til dem, og jeg syntes, de var så langt væk [griner]. Åh, hvor var det forfærdeligt. Nå, ja, men sådan gik det så. Ja, så blev det så langsomt bedre. Og vi endte faktisk med at gennemføre brylluppet. Og det var nok en af de første gode dage, jeg havde, hvor jeg sådan kunne. Jeg ku' se pæn ud, og jeg ku' lade være med at savle, ej, det der savleri, det var faktisk stoppet længe forinden. Det gik egentlig ret hurtigt. Og så var der egentlig bare den der mathed i kroppen og ikke så mange kræfter i benene. Lidt følelseløshed i den ene side, det var sådan det, der blev tilbage, efterhånden som medicinen begyndte at få fat. Jeg havde stadigvæk svært ved at sove. Jeg var stadigvæk følelseløs i den ene side. Jeg var stadigvæk mat i benene og mat i armene. Det var nok sådan det, der var tilbage. Og det blev ved længe, længe. Og så uro. Uro som fanden. Så fik jeg noget sovemedicin på et tidspunkt for at hjælpe mig op til brylluppet til at sove. Så jeg kunne være udhvilet.

I: Hvordan var dine tanker på det tidspunkt. Den uro, var de også i tankerne eller var det i kroppen?

Det var i kroppen. En ulidelig uro i kroppen, som jeg stadigvæk faktisk ikke ved, om er medicin eller mig. Men det har jo så, det har jo sat en masse ting i gang det her forløb. Og blandt andet så har jeg snakket med min far om det. Min far nemlig også det der uro. Og han kan ikke sidde stille ret længe ad gangen. Han kan ikke sidde og læse en bog. Han kan ikke – han er hele tiden i gang med et eller andet. Så skal han ud at slå græs – så vasker han lige bil. Så laver han lige noget mad, så falder han søvn i en stol, så skal han lige vaske vinduer, og sådan har han været altid. Og min familie har det altid været sådan, at de synes, min far var pisseirriterende, fordi han ikke: ”Sæt dig dog ned og slap af. Vi har gæster. Sid nu *stille*. Nyd nu maden, tag det med ro”. Det har min mor sagt til min far hele mit liv og har altid syntes, det var pisseirriterende, at han ikke bare kunne sætte sig ned, for helvede. Så pludselig tænkte jeg: Gud, gad vide, om det er noget, jeg har arvet fra ham? Det var faktisk det, psykiateren sagde til mig, prøv lige at kikke i din familie, for det er meget arveligt faktisk. Det der uro. Så havde jeg snakket med min far. Og så beskrev han fuldstændig, hvordan jeg havde det. ”Hold da kæft, men det har jeg så også nu. Så nu er vi to” [smågriner]. Men jeg har ikke haft det før. Jeg har ikke oplevet, jeg har haft det før. Min mand synes, jeg har haft det - i mildere grad. Det var altid noget med, at når vi skulle sidde og slappe af og hygge os en lørdag aften foran fjernsynet, jamen, så skulle jeg lige stryge, så skulle jeg lige tjekke mine mails. I virkeligheden har jeg nok haft det lidt, nu er det bare blevet forstørret. Og det har jeg døjet meget med. Og det blev værre med medicinen, når den kom ind over, så blev det meget værre. Nu er det blevet lidt bedre. Jeg får stadigvæk medicin. Nu er det bedre, men jeg har det stadig. Hvis jeg er i biografen og ser en dårlig film, så kører jeg rundt på stolen, og til sidst må jeg gå. Jeg kan slet ikke sidde stille. Min krop den er bare sådan her. Men lige så længe jeg er adspredt, så har jeg det ikke. Jeg kan sagtens være på arbejde – jeg har ingen angst overhovedet, når jeg er på arbejde, fordi der er jeg opmærksom. Der er jeg adspredt. Så længe jeg er i gang med et eller andet. Jeg kan også være i gang med at læse en spændende bog eller se en spændende film, men det skal fange mig. Hvis ikke det fanger mig, så kommer det. Så kommer det i benene. Og så begynder jeg at sidde sådan og: ”For satan”. Det er ikke så meget det i benene, der gør det. Det må de for så vidt godt. Men det er en ulidelig følelse, jeg har indeni af sådan: ”Uh” [irriteret lyd]. Jeg kan ikke beskrive det. Jeg kendte den fra før, jeg blev diagnosticeret med angst, fra når netop var ude at flyve. Og jeg havde taget det der slapaf-sovemedicin på flyet, og så ikke ku' sove. Og så var det typisk sådan, at jeg tog de der piller sådan en time inden jeg skulle flyve og så passede det lige med, at jeg gik på flyveren sådan her, og så satte jeg mig bare ned og så ”gong”, og så sov jeg. Gerne hele vejen hjem. Men hvis der var en af de pisseirriterende stewardesser, som synes, hun ville vække mig og spørge mig, om jeg ville have noget at spise: ”Bare lad mig være, jeg skal bare sove, I må vække mig, når vi er landet, og vi kan tage selen af, så er jeg glad”. Men nogle gange så vågnede jeg undervejs af en eller anden grund og så havde jeg det der, at jeg på den ene side simpelthen var ulidelig træt, så jeg næsten ikke kunne holde mig vågen, men jeg var vågen og kunne ikke sove. I den der tilstand har jeg kendt i fly, hvor pladsen var trang, og jeg skulle sidde stille, og jeg kunne ikke bare rejse mig og gå rundt: ”Åh”, jeg kunne bare ikke være i min krop, vel. Og det er den følelse. Og den har jeg så bare haft hele tiden. Og nu begynder jeg sådan at spotte, at det er der faktisk typisk, når jeg er træt. Fx kl. ni om aftenen, det er for tidligt at gå i seng, men

jeg er i virkeligheden dødtæt. Jeg holder mig vågen, og så kommer det. Fx der. Eller om morgenen eller hvis jeg vågner i weekenden lidt for tidligt og i virkeligheden godt kunne sove mere men ikke kan sove alligevel, så har jeg den også der. Det er sådan nogle – jobsamtaler, der er røvkedelige [griner].

I: Hvordan var det at vende tilbage til arbejdspladsen?

Det var enormt dejligt. Og i virkeligheden var jeg sygemeldt alt for længe, tror jeg. Men jeg kunne ikke køre bil i lang tid. Jeg blev jo meget angst, når jeg kørte bil. Jeg var bange for, at jeg ikke kunne overskue det, ikke havde overblik. Jeg var bange for at køre folk ned, fordi jeg sad og sov, når jeg kørte. Jeg var uopmærksom. Jeg havde ikke kræfter til at skifte gear, til at træde på pedalerne, fordi jeg var så svag i min krop, så i lang tid mens jeg var sygemeldt, der turde jeg kun at køre med det offentlige og fik stor, stor lykke ved at køre i bus. Og synes, at det var ligesom at være studerende og fattig som i gamle dage. Det var helt skønt, altså. Fik øjnene op for Metroen. Men så for at prøve mig lidt af, så startede jeg på et dyreinternat som frivillig medhjælper på et tidspunkt, som ligger i Rødovre. Fordi jeg har noget med dyr, altså. Det var også det ude i Zoologisk Have, hvor jeg lå og tudede over, at de var helt derinde: ”Kom ind og nus med mig”. Men der var sådan en lang grav, så de løb bare forbi. Og de ville også æde mig, hvis jeg gik derind, men jeg synes, de så så søde ud, og jeg stod derude foran med tårerne løbende ned af kinderne: ”Der er sådan nogle søde ulve derinde [griner]. Men så tænkte jeg: ”Ah, jeg må sgu nok hellere gøre noget ved de dyr der, så jeg ringede til et dyreinternat og spurgte, om de havde brug for nogle frivillige”. Men det havde de da. Der startede jeg faktisk 1. november. Samme dag, som jeg startede hos psykiateren. Og der havde jeg været væk fra slutningen af juni til starten af november. Der var jeg sådan begyndt at få mine kræfter godt på plads igen. Jeg kunne sove om natten – fornuftigt. Jeg kunne begynde at køre bil lige så stille. Det var sådan slutningen af oktober. Der begyndte jeg at føle mig stærk igen. Men stadigvæk ikke stærk nok til at tage på arbejde. Så jeg startede på dyreinternatet, og var der faktisk hver dag stort set hele ugen og samlede hundelorte op og samlede bræk op og samlede tis op og vaskede tæpper og børstede dem, og gik tur med dem og fodrede dem og synes, det var lykken. Og bøvlede med de der hunde. Og nogle gange der havde jeg ikke nogen kræfter, der sad jeg bare inde i et bur med en hund i armene og sov. Jeg har ligget på gulvene ude i det dyreinternat og sovet, fordi jeg var så udmattet. Men det at have en lille kat i armene eller en lille hund, der var rolig, så blev jeg fuldstændig rolig, så sov jeg derude. Så vågnede jeg, så havde jeg ligget og sovet på et gulv i en time med en hund i armene. En eller anden loppebefængt internathund, ik. Men der fik jeg virkelig kræfterne. Der kunne jeg pludselig se, at jeg ku’ noget. Og jeg havde kræfter til at løfte, og jeg havde kræfter til at bære. Og jeg kunne gå tur med nogle store nogen, der løb af sted med mig, og jeg kunne falde og jeg kunne slå mig, og jeg kunne rejse mig op og gøre det igen. Og jeg kunne holde til det, og jeg kunne holde dem. Og de der arme, som havde været sådan nogle spaghettiarmer i lang tid. Pludselig havde jeg ansvaret for, at den her dobberman ikke løb af sted med mig. Og så pludselig kunne jeg komme hjem: ”Hold kæft, jeg har holdt den her hund i en halv time”. Og det kunne jeg faktisk. Altså, det kan godt være, at jeg er enormt træt og sådan noget, men skide være med det. Nu har jeg mine kræfter igen, jeg kan mærke, at jeg kan noget igen. Og så var det jo et dejligt håndgribeligt job. Det krævede ikke noget af mig. Der er en hundelort, den skal samles op. Det er til at gå til, ik. Og så den der psykiater, som jo så er psykiater med speciale i angst og som har en kognitiv adfærdsterapeut-uddannelse efterfølgende. Hende gik jeg hos – til 800 kr. i timen. Og hun – som jeg sagde – hun diagnosticerede mig på ti minutter og pludselig fik vi kortlagt, at jeg i virkeligheden havde haft angst altid, og hvad det hele handle om, og så gik hun ellers i gang med det kognitive arbejde, og hun talte dunder til mig, og hun skældte mig ud, og hun gav mig lektier for. Og *det* rykkede fandeme. Det må jeg sige. Jeg stoppede hos hende for en lille måneds tid siden. Jeg har været der 12 gange. Fra 1. november og så til ja, for en måned siden. Og det har virkelig rykket. Jeg tænkte på, jeg har fortalt en hel masse nu. Men om der er noget, du gerne vil ind i? Eller mere i dybden med?

I: Jamen, faktisk kunne det være lidt interessant at høre, hvordan kæresten har reageret, omgivelserne og vennerne har reageret på dig i din situation?

Lad mig starte med min kæreste først. Han har været fantastisk. Jeg skal nok sige generelt om ham, altså han er som menneske et meget tålmodigt, forstående og lyttende mand. Han har selv gået i terapi omkring nogle ting omkring med han har med sin mor og er vant til at arbejde med sig selv og være i dialog på *den* måde. Så jeg vil nok sige, at han i sin personlighed har nogle evner som støtteperson, ik. Meget omsorgsfuld og sådan. Det har været enormt hårdt for ham. Han har været god for mig, og så har han ikke været bange for – han har ikke på noget tidspunkt været bange for, at jeg fejlede noget alvorligt. Han har hele tiden oplevet det

som en stressudløst, noget psykisk udløst af en stresssituation, og det har han været overbevist om hele tiden. Han har haft den tilgang, at så længe lægerne ikke siger, at du har sclerose eller noget andet, så regner vi med, at det er psykisk. Han har haft meget svært ved at forstå, hvad det er at have angst, fordi han ikke har mærket det på sin egen krop. Det tror jeg nok – det vil jeg nok sige, det tror man skal, for at vide, hvad det er. Og man kan godt – og jeg kan godt beskrive det med en masse ord og billeder og sådan noget, som måske kan give en ret god idé om, hvor slemt det er. Men at vide, hvad det er, det skal man have prøvet det for. Sådan må det være, tror jeg. Og det problem har han jo hele tiden haft, kan man sige. Han kunne se på mig, at jeg havde det enormt dårligt, og han har siddet med mig om natten og vugget mig og tørret savlet af mig og passet mig og båret mig og vasket mig og alt det der. Og jeg har grædt enormt meget, nogle gange sådan helt utrøstelig – nærmest i dagevis. Uden nogen grund egentligt. Andet, end at jeg bare syntes, at det var forfærdeligt, og at jeg havde det enormt dårligt. Jeg synes, det var enormt synd for mig, og det har jeg grædt meget over, og der har han trøstet meget, sådan holdt om mig og bare været der. Men det har været enormt hårdt for ham, fordi han har forstået, jeg havde det skidt, men han har ikke forstået, hvordan jeg havde det, for det kunne han ikke. Og det har lagt et enormt pres på ham. Og det var nok – jeg var meget opmærksom hele tiden, måske også fordi jeg har arbejdet meget med mig selv og med psykologiske ting i mange år. Jeg har hele tiden været opmærksom på, at det her det gør noget ved dig. Du skal have noget hjælp. Du må bruge dit netværk. Du må bruge dine venner. Du må gå til din psykolog. Du skal ha' – du ka' ikke bære alt det her for mig og så bare rumme det. Du bliver nødt til at have et eller andet outlet. Hvor han undervejs var meget sådan – det skal du faktisk ikke blande dig i. Det skal jeg nok selv tage hånd om, og jeg kan sagtens. Det er hårdt, men jeg kan sagtens holde til det. Og så bagefter, da han begyndte at mærke, at jeg kunne bære mig selv, så er vi jo nok i virkeligheden henne omkring årsskiftet her, ik. December, januar, februar, at jeg begyndte at blive mig selv igen. At det pludselig gik op for ham, hvad det havde kostet ham. Det, han har følt, har kostet mest, det har været, at han har bekymret sig meget, altså han har ikke været fri. Han har haft mange ressourcer både følelsesmæssigt, men især også mentale ressourcer bundet op på mig. Og fordi han har det, så har han nedprioriteret sig selv og sine ting, ik. Og pludselig oplevede han, at han havde en masse energi. Pludselig oplevede han, at han havde en masse overskud. Og sådan få lyst til at gå i biffen med nogle venner og få lyst til at tage til koncert med en god kammerat og få lyst til at dyrke motion igen. Og sådan noget, hvor han siger, jamen, jeg føler bare, jeg har et overskud. Jeg har nogle kræfter, jeg ikke havde, og lysten kommer i mig, jeg har ikke haft den der lyst. Den har bare været væk. Men så pludselig kan jeg mærke, at jeg har lyst til at gå i træningscenter, og jeg har lyst – og det er fordi han ikke skal tage sig af mig. Han havde fået frigivet en masse ressourcer. Og det kan han først se nu bagefter. Og så er det jo gået ud over ham på en masse måder, altså. Hvor vores Grækenlandstur fx gik fuldstændigt i vasken, ik. Og det havde vi bare gået og glædet os til i et halvt år og booket den faktisk allerede tilbage i juleferien. Det var den helt rigtige ø, den helt rigtige by. Det helt rigtige hotel, vi havde været der mange gange, og det var lige det rigtige, og vi havde lejet bil. Det hele stod bare klar. Og vi besluttede at blive hjemme halvanden time før flyet, det gik. Det var umenneskeligt. Og han var så'n: "Hvis det er det, der skal til, så bliver vi hjemme. Du kommer i første række. Færdig". Men jeg havde enorm meget skyldfølelse over, at det gik ud over ham. Og igen til vores bryllup, altså, jeg havde to måneder op til brylluppet, hvor jeg seriøst overvejede at aflyse det. Og hvor han også stod der og ligesom hele tiden sagde: "Det er dig, der afgør det. Hvis du oplever, at du ikke har kræfter til at gennemføre brylluppet, så dropper vi det. Vi skylder ikke nogen noget. Og hvis det kommer til at koste os 50.000, så er det bare penge. Altså, sådan er det". Men hvor han jo – egentlig ville han jo gerne selv have været til Grækenland, han ville jo gerne have sit bryllup, han ville gerne – han har hele tiden ligesom sagt: "Det er pisseærgeligt, men så er det heller ikke værre. Men så gør vi det bare en anden gang". Og så gennemførte vi brylluppet, og det var en fantastisk oplevelse, og jeg kunne godt. Så skulle vi til Bornholm på bryllupsrejse, det var om lørdagen, og så skulle vi rejse til Bornholm om tirsdagen på bryllupsrejse, så om mandagen, der angstede jeg fuldstændig ud over at skulle til Bornholm, så vi kom aldrig til Bornholm. Og vi endte med at tage til en kro på Sydlyn, fordi der skulle vi ikke sejle. Der kunne vi køre til i bil, for jeg kunne ikke sejle, jeg kunne ikke overkomme at skulle være på en båd, hvor det vippede, og jeg kunne blive dårlig, og jeg kunne ikke komme af, og jeg kunne ikke stoppe, og så angstede jeg fuldstændig ud over det, og hvad nu hvis jeg ikke kunne sove. Jeg ringede over på hotellet for at høre, om de havde tv-kanaler, der sendte i døgndrift, hvis jeg nu lå der og ikke kunne sove, ik. Og piskede en stemning op over det, så han fik heller ikke en bryllupsrejse altså. Og både det der med selv have det af helvede til, have det så dårligt og så samtidig have skyldfølelse i forhold til ham, det var dobbelt – dobbelt dumt, ik. Men

jeg synes, at han – i forhold til mig har han håndteret det fantastisk, men det har kostet for ham, ingen tvivl om det. Det har været enormt hårdt også for ham at se, at den kvinde, som han har valgt at dele sit liv med, at jeg lige pludselig bare knækker fuldstændig. Og at han kunne være der for mig, men han kunne ikke hjælpe mig [smågræder]. Så har han været meget vred på det her sted, fordi det var dem - det var det job, der udløste det. Det har jeg først hørt her for nylig, men mens jeg var sygemeldt, har han mange gange haft lyst til at skrive et brev til vores administrerende direktør og skælde dem ud [smågriner] over, at de satte mig i det job. Men omvendt så har jeg jo det så sådan, at det valgte jeg jo selv, altså. Jeg gik ind i det frivillig, og i virkeligheden vidste jeg måske allerede, da jeg blev tilbudt det, at det her det var sgu for stor en mundfuld, men jeg gjorde det alligevel. Ansvar er mit. Jeg var i jobbet i fire måneder, jeg kunne have gået hver eneste dag i de fire måneder, og jeg blev. Det er mit ansvar. Jeg har ikke nogen bad feelings for det her sted overhovedet. Jeg synes tværtimod, at de har været fantastiske i forhold til at hjælpe mig, da jeg var syg, og da jeg kom tilbage. Men at jeg så ikke fik min fastansættelse, da jeg kom tilbage, men kun et midlertidigt job, det har min mand så også været enormt frustreret over, at de hælder mig ud. Og igen synes jeg, at jeg har gode vilkår i forhold til, at jeg har et drømmejob nu og laver kun de ting, jeg synes er spændende, og det at jeg bruger mine ressourcer optimalt og det, at de får optimal udbytte af mig, fordi jeg er verdensmester på det, jeg laver. Og det trives de med, og jeg trives med det, og jeg er her, indtil jeg finder noget andet. Det, synes jeg, er fint. Men Nikolaj han er meget – han er meget mere: ”Kraftedeme - De har ødelagt dig og sådan noget”. Sådan ser jeg det ikke. Men jeg synes da, at det er sødt, at han siger det et eller andet sted. Det er fair nok, at han har det sådan. Sådan er han. Men nej, jeg har det meget – det er mit ansvar.

I: Hvordan reagerede han, da du af psykiateren fik stillet en diagnose?

Jeg tror, han havde det sådan, jamen, det havde han vidst hele tiden, og det var fint, at der endelig var en autoritet, der kunne fortælle mig det, så jeg fattede det. Altså han har ikke haft noget overhovedet på det der med – nu du spørger på den der måde, så tænker jeg, at det kan da godt være, at der er nogen, der får den der: ”Åh, psykiatere og medicin, det er sådan noget – altså til den lukkede afdeling – det er sådan noget halløj, ik”. Det har han overhovedet ik’. Jeg har faktisk selv haft det sådan, at jeg på et tidspunkt havde lyst til at gå ind og indlægge mig selv. Hvis nu jeg gik ned på Frederiksberg psykiatriske skadestue og fx sagde: ”Her er mine nøgler og min pug, altså gør et eller andet, ik”. At de så kunne pumpe mig fuld af et eller andet, så jeg kunne sove. Jeg er jo ligeglad. Bare tag det væk, altså. Et eller andet [smågriner]. Bare få det til at holde op. Det har jeg overvejet et par gange i efteråret, mens det var slemt, og så senere så fandt jeg ud af ved at jeg var begyndt at gå til sådan noget afspænding på et hold, at alle de andre, der gik på det hold, de havde været igennem stort set det samme. Og der var en af dem, hun havde gået ind og indlagt sig selv. Og det synes jeg, var enormt fedt, og hun var sådan en stor flot pige, der også havde et chefjob i en virksomhed. Efter nr. to fik hun en fødselsdepression, så gik hun ned på den psykiatriske, så var hun der i en uge, sov, sov, sov, så kom hun hjem, da hun var færdig med at sove. Så det var sgu meget uddramatisk i virkeligheden. Der var hverken ”Gøgereden” eller noget over det. Så det var sgu helt nede på jorden. Så har jeg et par venner, som begge to arbejder i psykiatrien. Den ene er sygeplejerske og arbejder på en ungdomspsykiatrisk afdeling, en åben afdeling, og den anden, han er på en lukket sikret psykiatrisk afdeling. Og de ved *alt* om medicin og alting. Så da jeg blev syg, der var det bare sådan: ”Ja, det måtte jo komme. Altså, sådan som du har behandlet dig selv i alle de år, vi har kendt dig, der var det her sgu på tide. Hvad får du af medicin? Nå, fint nok. Pas på, når du trapper ud”. Altså fuldstændig cool med det. ”Nå, men hvad har du så?” – ”Jamen, jeg er lidt tør i munden”. - Ja, sådan er det jo, du skal huske at børste tænder lidt oftere. Det nedbryder forsvaret, ik”. De har været sådan fuldstændigt cool med det. Nogle andre venner – jeg har en anden god veninde, som har flere veninder, der har angst, så hun var bare sådan: ”Nå, okay, du får sgu lige et par telefonnumre, så ring til dem og snak med dem, hvordan det er”. - ”Jeg har ikke fået det selv, tal med dem, de kan sgu hjælpe dig”. Og jeg synes i det hele, vennekredsen har været meget sådan: ”Ja, ja – nå, angst – jamen fint. Sådan er det”. Men det er nok også min vennekreds i det hele taget. De er jo udvalgt nøje efter at være nogle folk, der er rummelige, ellers gider jeg ikke [griner]. Min familie – det har nok snarere været lidt mere vanskeligt, vil jeg sige, de forstår det overhovedet ikke. Jeg har en bror, som gudskelov vil jeg sige – jeg har tre søskende – min ene bror har en depression og har haft det i nogle år. Det har ikke været kendt i familien, det var ikke noget, vi har snakket om. Det har været et svaghedstegn. Men han får Cipramil også. Og det vidste min mor tilfældigvis. Han har betroet det til hende af en eller anden grund. Nej, jeg tror faktisk, det er hans kone, der har betroet det til hende. Men det gjorde så, at de allerede var en lille smule, altså en lille smule forberedt på det der med, at man kunne være psykisk syg og få medicin og sådan noget, da jeg så kom og sagde, at jeg var

det, ik. Så ku' min mor så sige: "Ja, det er din bror så os'. Har jeg hørt. Han har ikke fortalt det, men jeg har hørt det. Så til mit bryllup der dansede jeg fem danse i træk med ham, hvor vi sammenlignede bivirkninger og impotens og alt muligt. Det er også en bivirkning – at man bliver impotent som mand, og som kvinde også får svært ved at få orgasme. Så det havde vi en kæmpe griner over, at vi var ikke rigtig til noget af det sjove for tiden, og det måtte vores partnere så leve med, og Nikolaj, han blev ved med at sige: "Ja, så længe du får medicinen, så skal jeg nok være tålmodig. Men hvad nu, hvis det ikke går væk? Så, ja". Det har vi – det tager han sgu meget cool. Men jeg vil nok sige, mine forældre de har været meget så'n – jeg kan huske, min far sagde til mig på et tidspunkt: "Hvad er det for noget?". – "Jeg føler bare, jeg er bange hele tiden, jeg er bare bange hele tiden – for ingenting". – "Jamen, jamen, hvad er du *bange* for?". – "Alting og ik' noget. Jeg kan ikke beskrive – jeg er ikke bange for noget. Jeg er bare bange hele tiden, jeg har bare så'n en "bange-følelse". Ej, det kunne han altså ikke forstå. Men så er jeg så insisteret på at blive ved med at snakke om det, og så er det jo så gået op for min far efterfølgende, at han måske selv har nogle angst-træk, ik. Det har jeg så ikke sagt til ham. Det, tror jeg, ville være lige i overkanten af, hvad han kunne håndtere at få at vide, men altså fx snakke med ham om sådan noget med indre uro og være rastløs og sådan nogle ting, som er nogle meget typiske angst-træk, som han har helt klart. Og som min bror, der har depression, også har. Og som hans søn på tolv år også har. Og som min farfar havde. Har jeg pludselig stykket sammen efter at være blevet opmærksom på det og efter min psykiater sagde: "Prøv lige at kigge på det". At den der rastløshed, kan ikke sidde stille, skal holde sig i gang hele tiden, blive småaggressiv, hvis ikke man laver noget fornuftigt og har noget at rive, ik. Det er klart, det går igen. Og *det* er arveligt. Åbenbart. Og det er jo pisseirriterende, for så er det noget, jeg har, og som jeg ikke kan komme af med, kan man sige, men jeg kan måske gøre et eller andet for at få det under en eller anden form for kontrol. Så det kommer i et leje, jeg kan holde det ud. Så det ikke styrer mig, men at jeg styrer det. Det er meget det, man arbejder med i det kognitive: At angsten ikke løber med mig, men at det er mig, der bestemmer, hvad mine tanker skal løbe af sted med, ik. Så jeg prøver på en eller anden måde at få noget kontrol på det, og så er det også meget rart at vide, at det er ikke er mig, den er helt gal med. Vi er flere, der har det [griner].

I: Men hvordan har du det så med, at medicinen gør, at du ikke rigtig ved, hvor du har angsten? Den bliver dæmpet på en eller anden måde. Hvordan har du det med det?

Altså, umiddelbart da har jeg det ikke så godt med det. Altså, jeg vil ikke, at det er noget, som præger min livskvalitet i en negativ retning. Jeg har det ikke *dårligt* med det. Men jeg ville da gerne – jeg ville da godt vide, at det var mig, der var her fx. Det er jeg jo os', men – ej, det er måske et dårligt eksempel, for det her ville ikke være en situation, hvor jeg var angst i. Men fx hvis jeg var – hvis jeg holdt et foredrag – der var det meget rart at vide, hvor meget af det det her var mig, og hvor meget af det her er medicinen, der bærer mig. Altså jeg har det jo sådan som udgangspunkt, at det bedste er da at være medicinfri. Det bedste er da ikke at have angst overhovedet. Og ku' selv og alt det der. Det ville jeg da ha' det bedst med, og jeg kan godt være lidt – altså jeg også godt mærke, at jeg nogle gange er lidt utålmodig på at trappe ud. Altså det kunne godt være lidt at være færdig med det, ik. Men så omvendt så har jeg det også sådan, at jeg har været der, hvor det er ængsteligt at være, og hvis det her, det hjælper mig – fint! Det koster mig ikke noget – jeg er medlem af Danmark. Hver gang jeg har betalt, så får jeg pengene refunderet, så det koster mig *nul*. Min psykiater har gjort meget ud af at fortælle mig, at det er fuldstændigt ufarligt, det påvirker ikke kroppen, man får ikke dårlige nyrer eller sådan noget – ligesom af gigtmicin, så det er ikke giftigt. Det er ikke vanedannende. Det er ufarligt at tage det. "Okay, jeg tænker – det er ufarligt at tage det – det er gratis at tage det, og det hjælper mig – fint!". Og hvis jeg skulle tage den pille, jeg tager hver aften, når jeg tager min p-pille og min angstpille og børster mine tænder, inden jeg går i seng. Hvis det skal være sådan resten af mit liv, så er det også okay. Men det bliver det ikke, for det tror jeg ikke, der vil være grund til. Men hvis jeg sku' – jamen altså, okay. Jeg vil sige, det er jeg mest nysgerrig, det er faktisk om den uro, jeg har, om den vil gå væk, når jeg trapper ud. Fordi jeg oplevede, at den kom, da jeg trappede ind, og jeg er lidt spændt på, om den går væk, når jeg trapper ud. Og det håber jeg [smågriner]. Og så har jeg så'n, at jeg er også meget opmærksom på mine tænder, fordi det, at netop den bivirkning, at man bliver tør i munden og ikke producerer spyt, det går på nogle af de samme kemiske reflekser, eller hvad det hedder, at det gør jo, at mit immunforsvar i munden er dårligt. Jeg har ikke det spyt, der skal neutralisere al syren - fra, når jeg spiser. Og det gør jo – og så fordi at jeg jo en svag sygdomsangst, så er jeg jo enorm opmærksom på at børste mine tænder meget eller ikke meget. Jeg børster dem om morgenen og om aftenen, men så har jeg sådan noget tyggegummi med flour i, der er godt at spise, hver gang man har spist. Man skyller sin mund med vand, når man har spist. Og det, jeg

har brugt enorm meget tid i tandlægestolen igennem tiden og har brugt mange penge på det, og det gider jeg bare ikke. Så det er også sådan noget, jeg synes: ”Åh, det ville være rart at blive fri for den – for at have det tandfokus”. Men nej, jeg synes sgu egentlig ikke, at det er noget, jeg tænker så meget over. Men jeg er lidt nysgerrig på det der med uroen.

I: Men holder du så stadigvæk foredrag?

Ja, men meget lidt. Faktisk kun en gang siden jeg vendte tilbage.

I: Og der oplevede du så, at - ?

Ja, for satan, ja. Er du tosset. Der tænkte jeg: ”Det er da, at jeg er på medicin, mand, det her havde da været helt ude at køre, hvis jeg havde været her alene [smågriner]. Det var en endda – der skulle jeg i virkeligheden bare fortælle om mig selv, eller hvad jeg lavede. Altså om mit job. Hvad laver akademikere i HR-branchen? Det var det, det handlede om. Og det gik jo selvfølgelig rigtig godt og alt det der, men jeg kunne mærke, at: ”Hold da op”. Der var jeg oppe at ringe. Men jeg blev ikke bange for det. Nu har jeg i modsætning til tidligere, der har jeg jo nogle værktøjer nu, fordi det er jo blevet angst [utydeligt] nu, hvor før der var det sådan: ”Åh nej”. Altså så angstede jeg over angsten. Det er også en del af det at have angst. At være angst for angsten. Og det er det, der er så ubehageligt. Men nu havde jeg det bare så’n: ”Nå, for søren, hvor mit hjerte galopperer, sikke fugtig jeg bliver i håndflader, nøj, jøj, jøj og svimmel jeg er – der er du os’ – hej hej. Altså ha’ det så’n, ik. Og så bare sige – det er en anden ting, jeg har lært i den kognitive terapi, altså jo mere, man flygter fra det, jo mere bider det en i haserne. Der er ingen anden vej ud af angst end at gå på det. Og det har jeg virkelig set. At sådan er det. Og også omkring det der med ikke at kunne sove. Det var tit sådan, at når aftenerne kom, ik, og det begyndte at blive mørkt udenfor, hvor man sad og gabte, så begyndte jeg at blive bange, åh, nej, nu kommer natten, og nu skal jeg snart i seng, og hvad så med mig. Og nu kan jeg ikke sove, hvad nu hvis jeg ikke kan sove. Så pisker jeg en stemning op. Så ku’ jeg selvfølgelig ikke sove, det er klart, jeg lå og vendte mig. Så sov jeg måske i halvanden time og vågnede igen: ”Åh nej, jeg ku’ ikke sove – det er forfærdeligt”. Og så i stedet for bare at bide hovedet af den og sige: ”Nå, jamen nu i aften så kan jeg jo ikke sove, så jeg skal have nogle rigtige hyggelige gøremål. Hvad kan jeg tage mig til? Jo, der er en god film der, og så har jeg været nede i Blockbuster og leje en god videofilm, og jeg har den der bog, jeg skal have lavet, så er der jo scrapbogen fra brylluppet, jeg skal have lavet, det er jo hyggeligt, det vil jeg helt vildt gerne. Og jeg skal også lige –”. Og så lavede jeg sådan en liste med ting, sådan hyggelige sysler, sådan noget, jeg rigtig havde lyst til at lave, som jeg sådan kunne tage mig til. Så når nu jeg ikke kan sove i aften og så har jeg købt en lækker te, en lille kagemums, jeg kunne tage et karbad – ej, hvor hyggeligt. Sådan alle mulige rigtig, rigtig rare ting – og hvad sker der så? Så sover jeg. Og nu laver jeg ikke lister mere, for nu sover jeg. Jeg havde faktisk så sent som i går aftes, der lå jeg lige – normalt ligger jeg mig ud på puden og så sover jeg, men lige præcis i går aftes der nåede jeg måske nok at ligge en fem-ti minutter, før jeg faldt i søvn, ik. Og der fik jeg lige tanken: ”Åh nej, hvad nu hvis jeg ikke kan sove?”. Og så tænkte jeg: ”Ej, ved du hvad, søster syltetøj, du har sovet siden dit bryllup i september. Nu regner vi lige ud: September, oktober, november, december, januar, februar... okay, ni måneder jeg sovet hver nat. Tror du, jeg kan sove? Jaaa, det går nok”. Men det er igen den der med at fange den og lægge den ned med det samme, i stedet for bare at piske derudad med: ”Uhhh”. Og så i løbet af en halv time så er man så speedet på det, så kan du lige så godt stå op, ik.

I: Hvordan kom du i kontakt med Angstforeningen?

På nettet. Jeg søgte højt og lavt. Da jeg startede hos psykiateren der i november, og pludselig åbnede der sig en helt ny verden for mig, at: ”Gud, man kan sætte diagnoser på”. Det havde jeg jo *søgt* faktisk fra det startede i juni måned, havde jeg søgt en eller anden diagnose, ikke fordi jeg sku’ og blære mig med, at jeg havde den og den sygdom, men mere det der med, når der kommer en diagnose på, så er der også en behandling. Så er der en *vej* at gå. Altså så er der behandlingstilbud – altså på et tidspunkt havde jeg det faktisk sådan: ”Fortæl mig det for helvede så, at jeg har sclerose. Så jeg kan komme i gang med det der binyrebarkhormon. Altså – et eller andet”. Fordi så’n som det var nu, så fik jeg jo ingen hjælp overhovedet. Så jeg *søgte* så’n en eller anden form for diagnose, så man kunne sætte behandling i gang, og det var enormt fedt at sidde over for en verdensmester i psykiatri og angst: ”Nå, ja, men du har jo bum, bum, bum. Og her er nogle foldere du kan læse. Og her er der nogle hjemmesider, du kan kigge på. Og hvis du endelig skal gå på nettet, så læs da for helvede om angst. Drop det der sclerosepis – læs om angst, for fanden. Der vil du finde svar”. Jæi, det var helt fantastisk. Så mødte jeg dem der.

Så fik jeg selvfølgelig øjnene op for det der. Så tænkte jeg: ”Nej, for søren, jeg må melde mig ind”. Og så tænkte jeg – jeg må gøre mere end det. Jeg må være frivillig samtalepartner på Angstklinikken, så kan jeg hjælpe nogle andre. Det kom jeg så aldrig videre med, fordi så begyndte jeg at arbejde, og så synes jeg ikke, jeg havde overskud til det. Så tænkte jeg: ”Nå, men det vender jeg tilbage til senere. Det har jeg så ikke fået gjort”. Men jeg har den oppe at vende engang imellem, også faktisk for et par ugen, hvor jeg lige havde den oppe at vende igen. At min mand han er – han træner sådan nogle professionelle sangere – er sangercoach, og det gør han fast om mandagen, og så tænkte jeg, at - nu mener jeg nemlig ikke, at de har telefonåbent om mandagen i Angstforeningen – men hvis de havde, så ville jeg gerne det, for så passede det jo lige med, at når han så var væk, så kunne jeg – for det er noget, man gør hjemmefra. Ja, og så synes jeg, at det var meget fedt, at jeg ikke optog telefonen en hel aften, når han sad der og var sådan lidt – [trommer i bordet]. Og så passede det fint med, at han var ude af huset, så kunne jeg gå rundt med sådan en bærbar en i øret og lave mig en kop te og nulre med hunden. Nu har jeg selvfølgelig schæferhund – eller det vil sige, det får jeg om to uger. Så alt det her, det har så'n: Jeg er kommet i gang med min psykoterapeutuddannelse, vi flytter her, 1. juli flytter vi til et rækkehus i Høje Taastrup og får en lille schæferhvalp hjem her, så det har sat skub i en masse ting. Så forestiller jeg mig, at så kunne jeg gå derude i huset og nulre med lille Nuska-mus, hunden der og snakke med folk, der havde det skidt. Og så bruge de erfaringer, jeg har fået, så det ikke går til spilde. Og skrive den der bog. Og ligesom bruge det til noget fornuftigt.

I: Altså du overvejer så at køre noget selvstændigt?

Nej, nej, jeg har bare netop tænkt det der med, at så kunne jeg være frivillig i Angstforeningen som samtalepartner, ik.

I: Med hensyn til jobsøgning – du er ved at finde noget andet eller?

Ja, jeg er i fuld sving.

I: Hvad er det så for noget?

HR-job

I: Hvis jeg må spørge?

Selvfølgelig. Det, jeg laver her nu, er jeg bare i super trivsel med, og jeg er her som HR-konsulent i vores personaleafdeling og så har jeg ansvaret for hele rekrutteringen her i huset, altså alle nye ansættelser, hvor jeg er med som sparringspartner på hele forløbet lige fra at afdække, hvad det skal være for nogen, stillingsopslag, teste og alt det der. Og så arbejder jeg med vores ledere i huset, laver grønspættebog om god ledelse, som de kan slå op i og få hjælp, når de skal gøre et eller andet, og de ikke ved, hvad de skal. Det er sådan meget personaleudvikling og lederudvikling og rekruttering og sådan i det hele taget medarbejdertrivsel, der er mit hjertebarn.

I: Stiller du nogle krav til dit (kommende?) job?

Ja, det kan du kraftedeme tro [griner]. Det er også det med, at jeg mener med, at – nu skal jeg altså have et eller andet – jeg skal skylle mine tænder, når jeg har spist banan – Den her proces vil jeg sige – jeg vil ikke gå igennem det igen – det har været rædselsfuldt og forfærdeligt og NN der, min psykiater, hun har jo til min store glæde sagt, at når man først sin angst, det bliver aldrig sådan igen. Det kan ikke blive sådan igen, fordi man vil fange det meget hurtigere i opløbet, og især når man har været meget bevidst og har gået i terapi og sådan noget. Det kan godt være, jeg får en masse angst, men det vil aldrig blive så slemt, som det var. Og det synes jeg jo, er dejligt. Hvad ville jeg sige med det? Jo, jeg synes, det har været rædselsfuldt og forfærdeligt, og jeg vil ikke ønske det for min værste fjende. Men når det nu var, at det skulle være, så synes jeg, at jeg har formået at få en masse gode ting ud af det. Og det har bl.a. været det her med, at der har været en periode, hvor jeg ingenting kunne, og hvor – hvad kan man sige. Jeg mistede enhver form for ambition. Jeg skulle bare overleve. Og jeg havde det sådan, at jeg skal bare sidde ned i Fakta og bippe varer ud, og jeg kan bare køre taxa, og det var nok som sådan lige for farligt nok, for der kommer folk med våben og sådan noget, men så kunne jeg køre lægevagt. Altså *helt* der har jeg bare været. Og jeg kommer aldrig tilbage i konsulentbranchen, jeg kommer aldrig tilbage i et lederjob. Jeg er slet ikke interesseret i det. Jeg vil slet ikke det der mere. Og nu er jeg her igen. Og der tror jeg bare, i det der forløb. Det er også det, jeg mener med, jeg er den samme, men jeg er ikke den samme. Der er sket et eller andet. Der er sket noget med mine prioriteringer i mit liv. Der er sket noget med mine værdier. Og jeg vil da stadigvæk godt have et chefjob. Og jeg vil stadigvæk godt tjene 50.000 om måneden, og jeg vil stadigvæk gerne gøre en forskel for andre mennesker og bruge mine kompetencer optimalt og alt det der, det vil jeg gerne. Det har ikke den vigtighed længere. Før ville jeg så sige, jamen, i mit hoved ville jeg sige, selvfølgelig skal jeg trives, men karrieren er

altid her [bevæger den ene hånd længere op den anden]. Det vil jeg nok sige, har skiftet. Sådan når jeg til jobsamtaler nu fx, så er de ligeså meget til samtale hos mig, som jeg er hos dem, og jeg er meget opmærksom på, at hvis jeg – og det har jeg oplevet tre gange, tror jeg nu – i det her jobsøgningsforløb, at hvis jeg går derfra med en oplevelse af, at det har jeg ikke lyst til, så ringer jeg og trækker min ansøgning tilbage med det samme. Jeg vil slet ikke ind i det. Det havde jeg ikke gjort før. Der var jeg bare buset ind: ”Så skide være med det. Det fikser jeg så. Jeg skal bare have det her job, ik”. Og nu har jeg det meget sådan, at hvis jeg kan mærke, at der ikke er en superkemi, eller jeg kan mærke, at de arbejdsopgaver; ”hmm, det har jeg ikke rigtig lyst til. Her vil jeg komme ud på et vand, hvor jeg ikke kan bunde. Niks”. Nej, nej, jeg vil være på hjemmebane, jeg vil have et job, hvor skal beskæftige mig med noget, jeg ved noget om. Som jeg ved, jeg er god til. Hvor jeg ved, jeg kan levere noget, fordi jeg har tjek på det. Og det skal være i et miljø, hvor jeg føler mig tryk, og hvor jeg har god kemi med dem, jeg skal arbejde sammen med. Det er altafgørende, og hvis det ikke er sådan, så vil jeg ikke have det. Så vil jeg hellere være arbejdsløs. Sådan har jeg det faktisk. Det er jeg meget afklaret med. Og det ville jeg også have *sagt* for to år siden, men jeg ville ikke have gjort det. Så på den måde er jeg blevet meget stærkere på mine værdier og mere konsekvent, tror jeg. Jeg vil ikke gå på kompromis med det. Og så netop også det der med at sige: ”Jeg er vokset op med hunde, det gav mig tryk, nu har jeg levet 20 år eller sådan noget – uden, hvor jeg kun har haft hundekontakt, når jeg har været hos mine forældre. De har stadig schæferhund. Og så på internatet der. Det var helt klart der, jeg søgte hen. Altså da jeg havde det dårligt og skulle op igen. Det var bare der, hvor der var hunde. Altså på et eller andet tidspunkt så sagde Nikolaj til mig: ”Ved du hvad, du må sgu ha’ noget hund”. Han kunne jo se, at jeg kunne tage af sted som en grøntsag om morgenen og så komme hjem fem timer senere og var møgbeskidt og lortet ind i hundelort – og glad. Vi må ikke have hund der, hvor vi bor nu på Frederiksberg. Så må vi jo købe et rækkehus. Så måtte vi jo få en hundehvalp. Så det har sat skub også i nogle af mine drømme. Det har været med til at katalysere en proces, som gør, at nogle af de drømme de bliver realiserede. Og jeg føler mig i supertrivsel.

I: I starten sagde du, at angsten hænger sammen med forståelsen af selvværd. Hvordan er det blevet påvirket?

Ja, hvordan skal jeg forklare det? Jeg tror jeg vil forklare det lidt på en anden måde. Her i huset og mange andre steder der arbejder vi meget med stress - det er sådan på dagsordenen. Og tit synes jeg, når ”man” – konsulentbranchen og andre, de arbejder med stress, så er det meget sådan noget med: Hvad er symptomerne på stress? Nå, ja, men det kan være hjertebanken eller svimmelhed, hovedpine, søvnløshed og så videre. De klassiske stresssymptomer, som i øvrigt også er angstsymptomer, og så laver man et stressberedskab, stresshåndtering og stresscoach osv. Og det handler i virkeligheden meget om at spotte symptomer og håndtere symptomer. Og det er selvfølgelig også godt nok at gøre det. Jeg tror bare, at der – så er der også hele den der snak omkring kemien, og hvad er det, der sker inde i kroppen, det er meget sådan på en lægevidenskabelig og en håndteringsmæssig: Hvad-gør-vi-hvis-det-opstår-agtig tilgang til stress, hvor jeg har det sådan, at der ligger et lag nedenunder, der hedder: Hvorfor bliver man stresset in the first place? Altså hvorfor er det overhovedet, at det kommer? Fordi jeg ved at det er ikke arbejdspress, ikke nødvendigvis, det kan det så godt være for nogen, men det kan også være nogle helt andre ting. Og så kan man sige, nå, men, så er det sådan noget med, at man skal blive bedre til at sige fra. Man skal blive bedre til at passe på sig selv. Man skal blive bedre til at kende sine grænser. Ja, ja, men hvis du har et dårligt selvværd, så kan du jo ikke det. Det kan godt være, at du kan sige ordet ”nej” i din mund, men du siger det jo ikke, fordi du tror ikke, du har ret til at sige fra. Du kan ikke passe på dig selv, fordi du har aldrig lært at passe på dig selv. At tage dig selv alvorligt helt grundlæggende. Eller du kan ikke mærke dine grænser, fordi du har måske aldrig lært at sætte dine grænser. Du har måske aldrig lært at tage dine grænser alvorligt og respektere dem og sætte ord på dem. Tro på, at du har ret til at sætte en grænse. Fordi du måske er opdraget med, at hvis folk har lyst til at overskride din grænse, så skal du bare finde dig i det. Fordi jeg er mere værd end dig – agtig – også. Du er ikke noget værd. Og det lærer man så som barn, ik. Så der er et helt andet lag i det i det med stress, der ligger et helt andet sted på noget meget mere grundlæggende. Hvordan ens personlighed er skruet sammen, og hvad det er, man har fået med i rygsækken hjemmefra. Og jeg tror, det er der, det hele i virkeligheden starter. Og det bliver jeg mere og mere bekræftet i, fordi jeg oplever, at dem der får stress og bliver syge med stress. Det er ikke nødvendigvis folk, der arbejder meget. De får sgu stress af nogle helt andre ting. De får netop stress af at have præstationsangst fx. De får stress af have socialangst i forhold til deres medarbejdere. De kalder sig bare ikke angste, vel? Men det siger jeg, det er, fordi jeg ved det nu. Men de symptomer, som jeg

hører – jeg har snakket med ledere herinde hele tiden, der ringer ind og har stresssymptomer. Og det de i virkeligheden har det er angstsymptomer. Men det siger jeg ikke til dem. Men det sidder jeg bare og hører, fordi jeg genkender det hele fra et andet univers, der hedder angstunivers, ik. Og de bliver syge af at prøve på at leve op til nogle forventninger. De bliver syge af at være perfektionistiske. De bliver syge af alle sådan nogle ting, og det er folk med lavt selvværd, som jeg oplever det. Der knokler for at få anerkendelse. Der knokler for at få andre til at bekræfte, at de er gode nok. De ved det ikke inden i sig selv. Men det er på et helt, helt andet psykologisk plan end det vi er på, når vi snakker stress. Og sådan oplever jeg det egentlig også med angst. Jeg tror da, at jeg er angstdisponeret, fordi jeg har været igennem den opvækst, jeg har. Fordi jeg ikke er blevet støttet i at tage mig selv alvorligt. Fordi jeg ikke er blevet støttet i, at jeg er god nok, som jeg er. Fordi jeg ikke – alle de der ting. Og det gør så, at når jeg så bliver voksen og kommer ud i mit liv og skal gennemføre et studie og skal fungere i parforhold og skal fungere på en arbejdsplads og alle de der ting, så får jeg alle mulige udfordringer, som jeg oplever som svære, og som jeg så går i terapi for at bearbejde igennem mange år, fordi jeg ikke vil acceptere, at det er sådan. For at fikse mig selv, så jeg *kan* fungere i parforhold, for at jeg *kan* gå til eksamen uden at få eksamensangst. Det havde jeg i øvrigt også engang. Dét var lige en til. Og det er derfor, jeg er gået i terapi i mange år, fordi jeg har forsøgt at fikse mig, så jeg kunne være i livet bedre. Være i livet uden at det var så omkostningsfuldt for mig hele tiden. Så tror jeg, at hvis jeg har haft en – men jeg har stadigvæk en historie med. Jeg har stadigvæk en historie, jeg går rundt i verden med. Og så kan det godt være, at jeg har en lille – en latent angstlidelse liggende inden i mig. Men spørgsmålet er, om det bliver trigget eller ej. Og jeg tror, den er blevet trigget hos mig, fordi at så har den der med, jeg skal hele tiden bevise, jeg er god nok. Jeg skal hele tiden gøre det perfekt for ikke at blive kritiseret. Jeg skal hele tiden leve op til forventninger for at jeg kan få andre til at sige til mig, at jeg er god, fordi det ved jeg ikke inde i mig selv, at jeg er. Og alle de der ting, så jeg knokler, knokler og knokler af sted, stiller langt, langt større krav til sig selv, end andre måske i virkeligheden gør til sig selv. Og så knækker jeg. Og så bliver det trigget og udløst, ik. Det tror jeg simpelthen er fordi, min måde at være i verden på, er sgu ikke særlig hensigtsmæssig, og det har jeg lært hjemmefra. Så jeg tror, det er dybere. Men når jeg så som angstpatient kom til en terapeut, som ville snakke om de der ting, så flytter det ikke nok der. Så skulle der for mig medicin til at løfte mig op, og noget kognitiv bang-bang-terapi, det er jo simpelthen så overfladisk, men det virker jo [griner]. Det skulle til. Og så kunne jeg komme op, og så kunne jeg begynde at kigge på de andre ting. Når jeg er i en overskudssituation, ik. Men jeg kan jo ikke arbejde med det i bunden, det er der ikke plads til.

I: De udfordringer du taler om, der er vel store krav, der stilles til folk i lederjobs

Jo, for fanden da. Men jeg vil synes, de er større, end mine lederkollegaer synes.

I: Du sagde, at meget stress i virkeligheden bunder i angst.

Det tror jeg...

I: Spørgsmålet er så, hvordan man skelner mellem angst og stress, og hvad der er hvad.

Det ved jeg ikke. Spørg mig igen om fem år. Jeg arbejder stadig på sagen. Jeg har ikke opskrifterne på det. Jeg begynder bare at se nogle sammenhænge, fordi jeg har været igennem det forløb, jeg havde. For et år siden inden jeg fik angst, eller fik det i fuld flor, eller jeg ved ikke, hvad man skal kalde det, jeg plejer at sige, jeg blev syg, men min psykiater siger: ”Du må ikke sige, du er blevet syg for du fejler ikke noget – du har bare angst”. – ”Nå, ja”. Altså, indtil for et år siden, der har jeg også arbejdet meget med stress, som vi gør her i huset. Vi laver undersøgelser blandt ledere med stress og ved alt muligt om adrenalin og kortisol og alt det der. Det kan I høre mig i, men der så jeg anderledes på det. Men nu hvor jeg har været igennem det her forløb, så har jeg pludselig fået en angstbrille på, der gør, at jeg også ser nogle sammenhænge der. Og når jeg så læser til psykoterapeut, så får jeg også nogle briller på der, der gør, at jeg så ser det i den sammenhæng også. Så lige pludselig synes jeg, det er meget – jeg synes ikke, man kan skille det ad. Jeg synes, det hænger meget sammen. Men hvordan det sådan lige er, det ved jeg ikke endnu. Jeg går sådan og prøver at finde ud af. Og sådan snakke med kloge mennesker og prøve at – prøve mine tanker af og se. Men jeg tror, det er nemmere for folk at håndtere stress – det er sådan lidt mere trendy, de stresstilbud, der er – på det mere overfladiske plan. Det der med at skulle til psykiater og psykolog og begynde at sidde og snakke barndom og sådan noget, det tror jeg, der er mange, der synes, ikke er særlig sjovt. Det er heller ikke sådan noget, man kan skrive godt i kalenderen.

I: Det kunne faktisk være lidt interessant, hvis du kunne fortælle om, hvordan du forestiller dig din fremtid kunne se ud. I din nærmeste fremtid

For mig

I: Ja

I forbindelse med angst? Eller i det hele taget?

I: I dit liv

Åh, det ved jeg sgu ik'. Jeg kan huske, da jeg startede hos hende der psykiateren, der var mit mål at komme af med angsten, selvom det er et rigtigt skidt mål at have, fordi det er med til at fastholde den. Så længe man flygter, så vil det følge efter. Så udfordringen er faktisk at acceptere det. Så det der med at forestille mig en fremtid uden angst, sådan er det nok ikke. Jeg kunne godt tænke mig en angstfri fremtid, det ville jeg synes, var skønt, hvor der ingen symptomer er overhovedet. Hvor uroen, den uro og rastløshed, jeg har i mig eller i mine ben, den går væk, og at jeg bare har det, som jeg havde det før. Og uden medicin. Og så alligevel ikke, for jeg havde jo også noget før. Jeg så det jo bare ikke. Ikke på *den* måde i hvertfald. Jeg kunne godt - Jeg vil gerne arbejde mere med at bruge de værktøjer, jeg har fået, de kognitive træningsværktøjer til at tage fat i flyskrækken fx, til at tage fat i præstationsangsten i forhold til at være leder fx, eller i forhold til at gå ud at holde kurser. For jeg synes egentlig, det lidt ærgerligt, hvis jeg ikke kommer til Grækenland, fordi jeg er begrænset af, at jeg ikke kan flyve, eller jeg ikke - nu har jeg hørt igennem mange år, det tror jeg så også er rigtigt, at jeg er pissegod til at holde foredrag og til at holde kurser og sådan noget. Folk synes, jeg er skidegod og alt det der. Det synes jeg egentlig er synd, at jeg ikke - eller at jeg viger fra at gøre det, fordi jeg er bange. Det synes jeg, er synd. Det synes jeg er ærgerligt. Så jeg kunne godt tænke mig at prøve at arbejde med at overkomme de der ting. Sådan at mit liv er frit. At jeg kan vælge i stedet for at være begrænset. Jeg oplever mig ikke meget begrænset, jeg ved godt, at der er mange angstpatienter, som slet ikke kommer uden for en dør, og også det der med, at du sagde før, at jeg har været meget ressourcestærk hele tiden. Sådan oplevede jeg det jo ikke. Jeg oplevede jo bare, at jeg kæmpede for mit liv. Og selvom at det ikke var et liv, der var i fare som sådan, så oplevede jeg jo, at jeg var truet på min livskvalitet. Min livskvalitet var et lokum, jeg kunne ikke holde ud at leve. Hvis det var mit liv, så ville jeg ikke have det. Så jeg følte, at jeg kæmpede for mit liv. For at komme tilbage til livet i sådan en følelsesmæssig forstand. Jeg gjorde bare alt, hvad jeg kunne finde på - jeg har brugt 20.000 kr. på behandling eller sådan noget. Altså af dem, jeg selv har betalt, og så er der det, som huset her har betalt. Jeg har gået til afspænding, fysioterapi, massør og zoneterapeuter, stikke-nåle-i-mig-doktor - alt, som jeg overhovedet kunne komme - og svømning, altså jeg greb til alt, hvad jeg overhovedet kunne finde på. Healer har jeg været til - whatever - bare det virkede. Jeg var ligeglad med, om jeg så skulle drikke urte - slangegift. Jeg greb alt, hvad jeg kunne finde på. Men jo, et liv i trivsel, vil jeg sige. Det skal være min fremtid. At min liv er trivsel - er i trivsel. Lystbetonet. At jeg føler mig fri til at kunne gøre det, jeg har lyst til og ikke være begrænset. Rejse til Grækenland uden at skulle tænke over at: "Åh nej, vi skal flyve". Men at jeg bare kan være ligeglad. At jeg kan tage og holde foredrag eller kurser. Ej, hvor er det fedt, jeg skal formidle en viden, som jeg brænder for, som jeg synes, er spændende og jeg kan inspirere de her mennesker med alt det, jeg ved. Og det er det, der fylder i stedet for: "Åh nej, nu sidder de nok og synes, jeg er en idiot. Og nu kan jeg se, han gaber ham der, nu synes han sikkert, jeg er kedelig". Og jeg kan lade det være, ik. Det kunne være enormt lækkert. Og så bare leve i trivsel med min dejlige, fantastiske mand og min søde hund. Lystbetonede ting. Jeg kunne godt have lyst til at forestille mig et liv, hvor jeg sådan om 3 ½ år, hvor jeg er færdig som terapeut, kunne indrette mig på en sådan måde, at jeg måske havde fast tre dage om ugen i en virksomhed som konsulent, hvor jeg lavede sådan nogle in-house ting a la, det gør jeg nu og så havde tre dage fri, hvor jeg kunne skrive bøger, have klienter. Jeg vil gerne være parterapeut - og så kunne jeg godt tænke mig at arbejde lidt med angst, faktisk. På et eller andet tidspunkt. Så noget parterapi og nogle angstklienter måske, så være lidt terapeut og så holde kurser, foredrag for resten. Sådan en tilværelse kunne jeg godt have lyst til.

I: Hvordan forestiller du dig et liv uden angst?

Det samme men senere. Forsinket. Jeg tror, jeg ville haft væsentligt flere år i røvjob. Uden at tage mig selv alvorligt, hvor jeg havde banket på med noget, jeg ikke var glad for i lidt længere tid, før jeg fattede det. Jeg tror, det her har gjort, at jeg har fattet det lidt tidligere. Jeg tror, jeg formodentlig ville være endt det samme sted. Altså den lyst - få noget hund, få en terapeutuddannelse, komme hen i det rette - jeg tror i virkeligheden bare, det har skubbet processen op. Jo, og så kunne det også godt være, at hvis jeg ikke havde haft angst, så havde jeg selvfølgelig ikke fået den indsigt, jeg har. Og de værktøjer. Og det kan da godt være, at det ville have grebet om sig på en eller anden måde. Det ved jeg jo, at det gør for mange, ik. At så har man angst her, og så lader man sig begrænse og bliver væk fra det. Og lige pludselig er der også noget her og

noget her, og lige pludselig bliver den plads, man kan bevæge sig på, enormt lille, hvor man jo så netop med terapien kan gå på det og kan tage det der, hvor det er, ik. Og ligesom få sin plads tilbage. Så man kan, som jeg siger, bevæge sig frit og ikke være begrænset. Det kan da godt være, at det bare ville have været galopperende præstationsangst. At det måske bare ville grebet om sig på en eller anden måde. Det ved jeg ikke. Det ved jeg faktisk. Man kan jo sige, at mit er jo – det er igen det der med, at alting har forandret og ingenting har forandret sig. Jeg havde en lang periode, især mens jeg var sygemeldt, de første måneder, efter jeg vendte tilbage til arbejdet. Jeg var en helt anden. Psykiateren sagde: ”Der er intet, der har forandret sig – det er kun din optik, der har ændret sig. Og din måde at se livet på, der er anderledes”. Så jeg følte det som om, jeg havde været igennem en voldsom kræftsygdom, og så var vendt tilbage. Og i virkeligheden har jeg aldrig fejlet noget, men fordi det var så fysisk for mig, så har jeg *følt* mig syg, ik. Så på en måde er mit liv jo det samme. Det er den samme mand, jeg har, det er den samme virksomhed, jeg er ansat i. Jeg tror mit liv ville være mere lystbetonet end ellers. Jeg tror, jeg virkelig har fået et gok på den, altså, hvor utroligt vigtigt det er for mig at vælge efter lyst og vælge efter min – altså at leve i overensstemmelse med, hvem jeg i virkeligheden er. Og ikke tvinge mig selv ind i et konsulentjob og ikke tvinge mig selv ind i et lederjob, fordi – du ved godt, hvis man ikke selv synes, man er noget, så kan man jo have et job, hvor man kan – hvis jeg kan sige, jeg er chef og tjener mange penge, så er jeg jo vel noget, ik. Så kigger andre nok og tror: ”Nå, så må hun så være –”. Sådan må det være at være kæreste med en kendt, ik. Altså hvis Brad Pitt vil ha’ mig, så må jeg fandeme være noget særlig, ik. Så jeg skal bare hægte mig på ham. Jeg tror, det er er lidt det. Der tror jeg, at jeg har fået en ordentlig en på den der med. Det skal sgu være autentisk, og det skal være mig, og jeg skal have lysten med i det. Og det er trivslen, der er i fokus. Så tror jeg sgu nok – så tror jeg sgu ikke, det går galt for mig.

I: Hvad har primært fået dig igennem processen?

Jamen, det har medicinen, og det har psykiateren. Og det har dyreinternatet. Og mit job. Og så har min kæreste selvfølgelig været der hele tiden som støtteperson, men det er det, der har rykket. Jeg vil nok sige, at medicinen og psykiateren har været helt *massivt* afgørende for at det vendte og begyndte at gå op igen. Og så det at - dyreinternatet har været meget - det har været lystbetonet. Det har været netop ikke at gøre det, jeg burde eller det, man skulle. Eller det der var prestige i men bare at sige: ”Hvad har jeg lyst til?” Jeg har lyst til at sidde og nørkle med de hundebasser. Og det gør jeg. Det tror jeg, det har også været en måde at lære mig selv på, ja det ved jeg ikke, træne mig selv i at følge det, jeg har lyst til. Jeg sad i i august sidste år hos den terapeut der, hvor det ikke virkede og sagde til ham: ”Hvad er vejen tilbage til livet? Hvordan gør jeg? Hvad er skridtene at gå?” Så sagde han: ”Du skal finde ud af, hvad du har lyst til. Og så skal du forfølge det. Det er den *eneste* vej. Og jeg *anede* ikke, hvad jeg havde lyst til. Jeg sad bare fuldstændig tom – det ved jeg ikke. Så kunne jeg så komme i tanke om noget, jeg *havde* haft lyst til engang. Men sådan lige nu og her: Jeg havde ingen kontakt overhovedet. Og så prøvede han sådan: ”Jamen, det kan være helt ned til, at du måske bare har lyst til et karbad. Og at du bare har lyst til at læse Alt for Damerne. Det kan bare være helt dernede”. Og det eneste jeg kunne komme i tanke om, det var, at jeg havde lyst til at gå i Zoologisk Have og spise en is. Og det gjorde jeg så. Og så var det så, at jeg stod ude foran ulveburet med en stor softice og tudede og tænkte: ”Okay, nu må jeg sgu ringe ud til det der dyreinternat. For når jeg ikke kan komme derind, så må jeg gøre noget andet”. Så det tror jeg, det der fokus på, at det med ”bør” og ”skal” og pligter og sådan noget, væk med det. Kun, *kun* mærke efter, hvad jeg har lyst til. Og kun gøre det. Og så heller ikke det der med – det var sådan noget, hvor min bror var meget god: ”Og så også kun så længe du har lyst”. Hvis nu sidder derhjemme og tænker: ”Jamen, jeg har egentlig lyst til at tage i svømmehallen og så tager du ind i DGI-byen, og så betaler du 50 kr. for at komme ind, så kommer du ind i omklædningsrummet og finder ud af, at du egentlig ikke har lyst til at være der. Så vil det typisk mig være: ”Ej, nu har jeg taget hele vejen herind og har betalt 50 kr. osv. og så ville jeg tvinge mig, ik”. Så nu vil jeg sige: ”Nej, nej, så går du bare igen, så skal du bare”. Og det har jeg da – også at huske det derhen, at kun så længe det er sjovt, og hvis jeg tog i Zoologisk Have – nu har jeg så årskort, så det er så lige meget – men selvom jeg lige var kommet ind fra døren: ”Nej, jeg har sgu ikke lyst til at være her alligevel, gå hjem”. Jeg har lyst til at spise en is, køb en is, tage to bidder af den, selvom den kostede 40 kr. Det er pisseligemeget, hvis du ikke har lyst til at spise mere end to bidder, smid den ud. Altså træne, træne, træne det der med at mærke, hvad har jeg lyst til og handle på det. Altså det har været så basalt for mig i mit liv. Det har jeg aldrig lært. Jeg har altid været meget sådan: ”Skal”, ”bør”, ”tag dig sammen”, ”har du sagt A, må du også sige B”, altså alt det der, ik. Og det var det, jeg blev syg af. Så

det har været sådan det der: Lysttræning, pottetræning [griner], løbetræning og så medicin og psykiater. Det vil jeg sige - helt klart. Hun er kanon, hende der NN. Altså, det vil jeg sige, du kender hende så godt?

I: Ja

Altså vil jeg sige, hun vil jo aldrig du som terapeut for mig. Altså, der er hun alt for, det er sådan lidt, det er så også mine fordomme igen. Læger, de tror sgu de er verdensmestre, de ved alting. Og det gør psykiatere jo også, for de er jo også læger. Det er sådan lidt: "Gør sådan" og "Gør sådan", "Ej, det du sidder og siger der, hvis ikke det er bevist med to streger under, så". Det kan jeg slet ikke ha'. Altså der er jeg meget mere så'n loosy i det og terapeutisk. Men som *angstpatient*, åh, der er det skønt at sidde med en, der bare er striks og ved alt. Og det var meget sjovt, for på et tidspunkt, der sagde hun til mig: "Nu skal vi nok start til at stoppe". Og så var jeg så'n lidt: "Nej, nej, er du træt af mig?". – "Nej", sagde hun, "men du bliver træt af mig". Og det fik hun ret i, fordi jo mere stærk jeg blev, jo mindre kunne jeg holde ud at sidde og høre på det der skræsliske pis. Men da jeg var totalt ude i angst-skideren, ik, der er det jo så fedt at komme over til en, der siger: "Nu skal du bare høre". Sådan, sådan, sådan, bum, bum, bum. Åh, jeg er tryk, tryk, tryk. Det var bare det fede, ik. Men efterhånden som det tog af, og jeg sådan blev mig selv igen, så begyndte jeg jo sådan lidt: "Hvor fanden ved du det fra? Du skal ikke sidde og være påståelig over for mig, mand!"

I: Og det vidste hun godt?

Ja, det tror jeg. Altså, det tror jeg godt, hun vidste. Det gad jeg sgu da ikke sidde og høre på. Hun skal da ikke sidde og spille klog over for mig. Det vidste jeg da bedre selv. Men det gjorde jeg ikke, da jeg var syg. Der havde jeg *virkelig* brug for det der. Så jeg ville nok sige, at trinene – hvis jeg sådan skulle rekonstruere det, ik. Så skulle jeg have været på medicin og hen til hende med det samme. Og så når medicinen tog fat, og jeg havde fået nogle gode værktøjer af hende, så skulle jeg ud af det, og så skulle jeg til en almindelig terapeut. Og så skulle jeg arbejde barndom, grænsesætning og lyst og alt det der et andet sted, hvor der er en helt anden... Kognitive terapeuter, de – eller det ved jeg ikke, sådan nogle som hende – de giver svar og lektier. Der er ikke noget terapi i det.

I: Øvelser

Ja, der er ikke noget med at spørge ind, reflektere, som almindelig terapi ville være. "Hvordan havde du det tidligere med det". – "Jooo, bum, bum, ik". Men kognitiv terapi, det er meget sådan her: "Okay, godt, nu skal du se, vi laver et skema, bum, bum, bum, og du tænker det, og så gør du det". "På en scala fra et til ti, hvor bange er du så. Syv, okay". "Nu skal du gå hjem og gøre det og næste gang du føler sådan der, så skal du gøre sådan og sådan". "Næste gang du ikke kan sove, skal du tænke på den her måde. Du får de her fem lektier for og gå hjem og øv dig. Kom igen om 14 dage, så hører jeg dig i det...Det er meget mere. De første gange, jeg var der, tænkte jeg: "Det her er jo ikke en skid. Jeg betaler 800 kr. for, at hun sidder og fortæller mig en hel masse ting. Det flytter da ingenting". Men det gjorde det. Det flyttede rockermeget, altså. Det var virkelig effektivt. Men da jeg så begyndte selv at kunne igen, ik, så synes jeg ikke længere, det rykker, for der er ikke noget personlig udvikling i det. Det er ren værktøj. Så vil jeg synes, at så kunne sådan noget som selvhjælpsgrupper eller almindelig terapi, eller gestaltterapeut eller noget andet, være enormt fedt at gøre nu. Men så fordi jeg er i gang med en uddannelse, får jeg jo det stoppet i halsen, så nu har jeg ikke opsøgt nogen. Så det ville nok være – Og jeg ville aldrig være bange for medicin. Og jeg vil nok sige – det var faktisk lidt skægt, fordi for ca. et år siden, i maj måned sidste år, da havde jeg et par veninder på besøg, hvor den enes datter havde angst. Og jeg kendte jo ikke, og jeg vidste ikke, hvad det var, og hun sagde, at hun havde været til noget læge, og han havde anbefalet hende at få medicin. Og de var enormt i tvivl om, hun skulle have Cipramil eller ej. Hvad vi synes. Og der sad jeg og holdt dundertale om, at det skulle man bare aldrig på, man skulle i terapi, man skulle bearbejde det, og man skulle ikke – det ville jeg aldrig sige nu. Hvis jeg havde siddet med den veninde i dag, og hun havde fortalt om sin datter, som havde angst på den måde, hun havde angst. "Stop hende med Cipramil med det samme. Se at få det i gang altså. Det er det eneste, der duer. Så kan I gå i terapi bagefter. Men nu skal hun bare op. Fordi når man er i det hul der, så kan man ingenting. Glem at gå i terapi med det". Men sådan kan man jo blive klogere. Nej, jeg tror, det kommer an på, hvor slemt det er. Altså det kunne også godt være, at det havde hjulpet mig fra starten. Det havde det måske nok.

I: Men rent udviklingsmæssigt – der er kognitiv adfærdsterapi ikke endemålet i sig selv?

Nej, det synes jeg ikke.

I: Som Angstforeningen fremlægger det [utydeligt]

Nej, det synes jeg ikke. Med det kendskab jeg har til terapi – jeg har gået i alle mulige former for terapi. NLP-terapi, gestaltterapi, psykiater, altså, jeg har efterhånden prøvet det hele, eller meget i hvert fald. Eller

jeg synes, at kognitiv adfærdsterapi er kanon som værktøjskursus, eller som værktøjsterapi til at *håndtere* stress – eller angst – eller også stress i øvrigt og også angst. Jeg synes, det er et kanon værktøj til at *håndtere* og så ka' du, ved at kunne håndtere, så ka' du forebygge, når du kan mærke, som jeg siger, for den første tanke kan du ikke styre, men den næste kan du. Så kan du sætte ind, når det kommer, og du kan gøre med det, når du er i det, fordi du har noget at gøre *brug* af. Men du har ingen – nedenunder, alt det der nedenunder med, hvorfor har du overhovedet angst? Altså hvorfor er du overhovedet det? Det interesserer man sig *overhovedet* ikke for. Og det vil jeg så synes, at så længe man har angst i fuld flor, eller sådan det er der, så vil jeg sige: Kognitiv terapi til at klæde dig på, til at kunne holde dig selv – til at kunne dit liv ud, ik. Og når du har et fundament der. Evt. med medicinen ved siden af alt efter, hvor slemt det er, men når du er nået til et eller andet fundament, nu fungerer jeg, nu er jeg i trivsel, nu bliver jeg ressourcestærk igen. Okay, så vil jeg slippe det. Og så gå til en anden terapiform og så sige okay, hvis det ikke er nok for mig at have symptombehandling og egentlig godt kunne tænke mig at komme et spadestik dybere og måske forebygge og måske helt fjerne det, det ved jeg ikke, om man kan. Men arbejde *den* vej. Så vil jeg opsøge en helt anden type terapi. Det vil jeg slet ikke kunne finde i kognitiv terapi, slet, slet ikke. Men det er skide effektivt til nu og her. Akut.

I: Hvordan har det været at blive interviewet?

Jamen, jeg synes, det er enormt fedt at snakke om det. Fordi jeg har selvfølgelig – jeg har snakket meget om det undervejs og så videre, ik. Men det er meget terapeutisk for mig at fortælle. Jeg tror på en eller anden måde, at det hjælper mig med at bearbejde. Ikke så meget angsten, for det er ligesom, hvad det er, men hele det forløb, det har været. Det har været banebrydende i mit liv. Det har været, jeg vil ikke sige et år, men i hvert fald et halvt år i mit liv, jeg kunne pille ud, smide ud og krølle sammen og smide i skraldespanden. Det er meget, synes jeg. Det er ligesom et cancerforløb. Det er ligesom, det har været meget stort. Det har været meget indgribende for mig og den episode, mere end angsten i sig selv, men også alt det med de fysiske symptomer. Det at være sygemeldt så længe. Det at cykle rundt i systemet og ikke at kunne få noget hjælp. Det at have det så skidt, så dårligt og ikke vide, hvad det er. Ikke vide, om det nogensinde går væk. Altså den der enorme frustration og ked af det og alt det der, det har været enormt hårdt. Så det at tale om det, det er sådan en måde at bearbejde forløbet. Jeg føler også en sorg over det. Jeg tror også, det er derfor, jeg bliver ked af det, når jeg fortæller, at det er ikke så meget det at have angst, og det er ikke så meget at leve med det og sådan noget. Det er slemt nok men skid på det. Det er jeg ked af, det er sorgen over, at jeg har været igennem det. Sådan en, netop som jeg siger: "Nååh", altså at det skulle ske for mig, at det bare er så hårdt for mig. Jeg synes, det er synd for mig, at jeg skulle igennem noget, der var så forfærdeligt, og det er det, der berører mig nu, som jeg stadigvæk har. Det at fortælle om det, det er sådan en slags bearbejdelse, en renselses, kartarsis, så på den måde er det enormt fedt. Og det er også selvfølgelig derfor, jeg har prioriteret det og sat tid af og sådan noget, fordi har får en masse ud af det bare at få lov til at fortælle til nogen, der gider høre. Eller i hvert fald sidder længe og lytter [griner].

Omkring det der du sagde med socialfobi, det har jeg ikke på sådan noget her overhovedet. Altså min socialfobi den er dér, hvor jeg skal stille mig op foran 200 mennesker og holde et foredrag, og hvor de bagefter skal evaluere mig på et skema. Men sådan noget her, slet, slet ikke.

I: [Utydeligt] Også det, at du nævner, at du mærker det hos nogen, som ikke er socialt udstødte [?]

Ork ja.

I: Du nævnte en advokat på et tidspunkt, som jeg skrev ned. Vil du lige fortælle lidt om det igen.

Men det er en her i huset, som har fået noget følelsesløshed i sin arm, som er blevet undersøgt – også for sclerose, de der klassiske ting, man kigger på, når man er følelsesløs. Og de har ikke kunnet finde noget som helst, han er blevet scannet og alt det der. Så sagde jeg: "Prøv dog at kigge på, om der kunne være noget psykisk i det". Og nu er han startet hos NN. Ja, og så dem, jeg snakker med, som ringer ind, det er jo ledere på alle mulige niveauer. De kalder det så "stress", men meget af det er jo altså ikke at føle sig god nok og være bange for ikke at slå til. Så knokler de røven ud af bukserne for at få en fornemmelse af at slå til. Og så knækker de på det. Men grunden til at de har en følelse af ikke at slå til *in the first place*, oplever jeg som en socialfobi. At de er bange for – de er ude i de andres øjne. Og kigger på sig selv gennem de andres øjne og er meget kritiske og bedømmende i forhold til sig selv: "Er jeg nu god nok, de synes nok, at jeg - , nu er jeg sikkert også for tyk og for grim og for alt muligt". Og det starter i virkeligheden. Og hvis man kunne blive ligeglad med, hvad de andre sagde, hvis man var fuldstændig stålfast inden i sig selv. Jeg er skidegod, som jeg er. Det, jeg leverer, det er bare varen. Det er kanon. Og hvad de andre kigger på mig og synes, det må de

da selv om. Tænk hvis man havde sådan en indstilling. Ah, så ville det bare være super så at være konsulent og leder og alt muligt, ik. Fordi man bare *hvilede* i sig selv. Så behøvede man jo ikke at knokle sådan for hele tiden at få anerkendelse. Jeg tror, det er det, det handler om. Jeg tror, det er der, stressen bliver angstrelateret. Fordi man ikke hviler i sig selv, og det handler om noget psykisk, og noget barndom og noget alt muligt og noget angst, så knokler man for at føle sig okay. Og så kommer stressen. Så kommer man måske lidt tættere på min tanke, min tese der.

I: Det der med at man leder efter anerkendelse og [ikke får det?], kan man så ikke sætte spørgsmålstegn ved, om det er anerkendelse og ikke noget andet?

Det der det er jo skidespændende og en klassisk tanke, den der så drøner man rundt for at få det, og så siger folk: ”Du er enormt lækker”. Den rammer bare ingen steder vel, så længe jeg ikke selv synes det, så kan du fortælle mig det 1000 gange. Jeg skal finde det i mig selv, og det er jo også derfor, det bliver enormt tomt og hult, øh, og jeg tror også, at det er derfor, at sådan en som mig går helt i kage på det og så får angst til sidst, fordi – og forhåbentligt var det til sidst – der er forhåbentlig ikke værre [griner] trin, jeg ikke har mødt endnu, men det der med, at der skal mere og mere til. Altså så holder man et kursus, så får man at vide, hold kæft, hvor er du god, og gode evalueringer, og det er skide lækkert, og så bliver jeg konsulent, for der er virkelig *anerkendelse* at hente, så bliver jeg leder, for der er virkelig anerkendelse at hente. Og så får jeg selvfølgelig en hel masse, men det flytter ingenting, og så skal jeg være endnu bedre for at få endnu mere og skal være endnu bedre, og så til sidst....

I: Man skal kunne andet – end bare lige sine arbejdsopgaver, ik?

Lige præcis. Yes.

I: Det handler vel også om kompetenceudvikling på mere end specifikke områder [utydeligt]. Den her omstrukturering, og den fleksibilitet, der kræver [utydeligt]

Ork ja, det er der i øvrigt skrevet en masse om, hvis I har – hende den der journalist, der er i gang med at skrive den her bog, hun sendte mig lige en række artikler, hun har skrevet her for nylig, der handler lige præcis om det. Jeg mener, de i Sverige er ret langt fremme med noget forskning – bagsiden af HR-medaljen og blive meget familiære og det at uddelegere ansvar og det at have fleksibilitet, hjemmearbejdspladser og alle de der ting, at der er en bagside ved det.

I: Det, at der aldrig er nogle præcise rammer for, hvad det præcist er, man skal. Hvornår arbejdsdagen slutter og alle de der ting.

Det lægger et enormt pres på folk

I: [Utydeligt] At det også rammer flere forskellige grupper, at det også rammer toppen. At man netop skal fungere under forskellige betingelser...

Ja, da jeg vendte tilbage, der var lige forbi vores administrerende direktør for at sige hej, det har jo kostet ham en blå flamme, at jeg har været væk så lang tid, og så spurgte han mig nemlig, hvordan jeg havde det med at være her igen. Så sagde jeg, at det havde jeg det sådan set fint med, og så fortalte han, at en af hans gode venner, som var administrerende direktør i en anden virksomhed, nu ved jeg ikke, hvad det var, men et eller andet sted, han havde fået stress, og det var blevet til angst, og han da han var klar til at vende tilbage, blev han nødt til at sige sit job op for bare det at komme ind gennem porten. Det kunne han simpelthen ikke. Det var en administrerende direktør, så det er alle niveauer. Og ja, jeg er da både akademiker og alt muligt, det bliver jeg ikke mindre angst af altså, tværtimod er jeg lige ved at sige, at det at være – nogle gange tror jeg måske, det kunne være nemmere at være lidt smådum, ik altså. Det er fordi jeg er for klog –

I: Man kunne tage et rengøringsjob og så arbejde fuldtid og komme kl. 8 og så have fri kl. 4, og så kunne man gøre, hvad man ville –

Præcis.

I: Mobiliteten. Man lægger hele tiden op til, at man skal udfordre sig selv. Man skal et trin højere op på stien, ik.

I: Få nye kompetencer

Og de der krav, tror jeg, som man begynder at stille til sig selv, de er så med til at gøre, at man får det skidt, fordi du bliver aldrig færdig. Du bliver aldrig god nok. Du bliver aldrig kompetent nok. Du bliver aldrig – og netop sådan en som mig, der har det der med, at det skal være perfekt, og det skal være godt nok, så er det bare vejen lige i helvede, altså. Det havde jeg nok ikke lært uden det her. Når det nu skulle være, så er jeg da forhåbentligt blevet klogere.

Bilag 5

CD med de resterende 7 interviews