

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	1
INDLEDNING.....	2
BAGGRUND FOR VALG AF UNDERSØGELSESTEMA: ANGSTRAMTE/ANGSTPATIENTER	2
SPECIALETS FORMÅL OG OPBYGNING.....	2
1 PROBLEMFELTET	4
1.1 TEMATISERING AF UNDERSØGELSENS POPULATION	4
1.2 KONSEKVENSER FOR ANGSTRAMTES LIVSKVALITET	5
1.3 EKSISTERENDE EMPIRISKE UNDERSØGELSER	7
1.4 ORGANISERINGEN AF ANGSTBEHANDLING.....	8
1.5 PERSPEKTIV PÅ SYGDOM – ANGSTDIAGNOSE, ANGSTSYGDOM ELLER ANGSTLIDELSE	12
1.6 SONDRINGEN MELLEM AKUT ELLER KRONISK LIDELSE	13
1.7 PROBLEMFORMULERING	15
2 METODE	23
2.1 ADAPTIVE THEORY	23
2.2 METODOLOGISKE FORUDSÆTNINGER	24
2.3 VIDENSKABSTEORETISK TILGANG I NÆRVÆRENDE UNDERSØGELSE	29
2.4 METODETRIANGULERING	32
2.5 ANALYSEMETODE.....	42
3 TEORI	55
3.1 INDLEDNING TIL TEORI	55
3.2 VIDEN OG MAGT	55
3.3 TEORIER OM PATIENT-BEHANDLER-RELATIONEN.....	58
3.4 SYGDOMSFORSTÅELSE ELLER 'THE WHOLE MAN'	62
3.5 SYGDOMSADFÆRD.....	65
4 ANALYSE.....	67
4.1 DATAMATERIALETS GRUNDLAG	67
4.2 INDLEDNING TIL SELVE ANALYSEN	69
4.3 OBJEKTIVE VILKÅR FOR PROFESSIONEL BEHANDLING.....	69
4.4 VIDEN OG MAGT	78
4.5 RELATIONEN MELLEM ANGSTRAMTE OG BEHANDLER.....	93
4.6 MIN ADAPTIVE TEORI.....	116
5 KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING	120

Indholdsfortegnelse

5.1	OPSUMMERENDE KONKLUSION.....	120
5.2	ADAPTIVE THEORY – REFLEKSIONER OVER ANVENDELSEN AF TILGANGEN	125
6	SUMMARY.....	127
	LITTERATUR.....	129

Forord

Dette speciale beskæftiger sig med angstramtes oplevelse af behandlingsforløb. Specialet er udarbejdet med særligt henblik på at fremme forståelsen af de angstramtes oplevelse af behandlingssystemet.

I forbindelse med udarbejdelsen af specialet vil jeg gerne rette en stor tak til min vejleder Antje Gimmler for særlig relevant og konstruktiv vejledning. Derudover vil jeg gerne rette en stor tak til Angstforeningen for hjælp til videreformidling af mine opfordringer til deltagelse i såvel interviewundersøgelsen som spørgeskemaundersøgelsen. Sidst men ikke mindst skal de pågældende angstramte, der har medvirket i undersøgelserne, have en særlig tak, for uden deres deltagelse ville undersøgelserne ikke have været mulige.

Aalborg Universitet, den 3. juni 2008.

Marianne Tran Pham

Antal ord: 39.443.

Antal sider: 133.

Indledning

Baggrund for valg af undersøgelsestema: Angstramte/angstpatienter

Jeg vil ikke lægge skjul på at interessen for temaet *angstramte/angstpatienter* dels bygger på en inspiration fra en ven, der selv har levet med invaliderende angst i en årrække uden at modtage professionel behandling for lidelsen. Det er først inden for de sidste par år, at hun omsider har fået begrebsliggjort og opnået forståelse af og indsigt i sin lidelse og endelig har fået behandling for sin angst. Dels tages der afsæt i en refleksion over rapporten *Undersøgelse af angstsygdomme – Et bidrag til den eksisterende viden om organisering af de behandlingstilbud der gives til personer der lider af angstsygdomme*, der er udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut i 2007 (DSI) (Christensen et al 2007) (jf. evt. Bilag 1 & 2). Endvidere har angstramte tidligere udgjort en forholdsvis usynlig gruppe, muligvis fordi angst har været forbundet med tabuisering. Imidlertid er der indenfor de sidste par år kommet et øget fokus på angst og angstramte, hvilket kan ses i lyset af bl.a. et stigende antal danskere, såvel kendte som ukendte personer, der vælger at stå frem med deres egne skildringer af, hvordan livet med angst har været, eller andre skønlitterære værker omhandlende angst.¹

Angst hører under kategorien ikke-psykotisk psykisk sygdom/lidelse. Ganske vist, får alle individer i samfundet på et givent tidspunkt en eller anden form for angst i en eller anden grad. Det kan være araknofobi eller andre mindre enkeltstående fobier, som ikke påvirker hverdagslivet negativt i nævneværdig grad og vedvarende. For hovedpartens vedkommende overkommes angsten. Derimod indebærer invaliderende angst, at den angstramte er stærkt hæmmet i typiske dagligdagsaktiviteter, såsom at færdes uden for hjemmet, gå på indkøb og færdes i sociale sammenhænge.

Specialets formål og opbygning

Formålet med specialet er at udvikle en adaptiv teori, som er i stand til at belyse problemstillingen: angstramtes oplevelse af professionel behandling. Dette forsøger jeg at

¹ Heriblandt kan nævnes Renée Toft Simonsens udgivelse *Tirsdag formiddag*, København, Politiken, 2007; og *Angst – følelsen af at miste kontrol* redigeret af Birgit Madsen, Vejle, Krogh, 2006.

opnå gennem anvendelse af sociologiske og sygdomssociologiske teorier og metoder. Sekundært har jeg til hensigt at bidrage med viden omkring angstramtes oplevelser af behandlingsforløbene, herunder hvordan de oplever organisering af angstbehandling og forholdet mellem dem og professionelle behandlere. Nærværende undersøgelses genstand er derfor behandlingsforløbet, som det opleves af den angstramte selv.

I kapitel 1 belyses problemfeltet, herunder definitionen af angst, konsekvenser for angstramtes livskvalitet ved invaliderende angst og resultater fra en eksisterende undersøgelse og organiseringen af angstbehandling.

I kapitel 2 gennemgås en sociologiske metode: *Adaptive Theory*, hvori jeg løbende argumenterer for valget af denne metode. I dette kapitel vil jeg drøfte de videnskabsteoretiske forudsætninger, anvendelsen af teori og empirisk data, indsamlingsmetode m.m. Kapitlet indeholder videre en redegørelse for, hvorledes jeg kommer frem til min adaptive teori.

I kapitel 3 foretager jeg en udredning, sammenligning og diskussion af de udvalgte teorier og teoretiske begreber.

I kapitel 4 bringes de teoretiske begreber fra min adaptive teori i samspil, og sammenhængene mellem begreberne afdækkes, efterhånden som analysen af de komplekse forhold tager form.

Endelig gentages og opsummeres i kapitel 5 hovedresultaterne fra det empiriske datamateriale, hvorefter *Adaptive Theory*-tilgangens anvendelighed diskuteres i perspektiveringen.

1 PROBLEMFELTET

1.1 Tematisering af undersøgelsens population

Det vides ikke præcist, hvor mange personer der lider af angst i Danmark. Samtidig ved man ikke, hvorvidt forekomsten af angstlidelse er stigende eller faldende. Ikke desto mindre skønnes der, at ca. 350.000 danskere i alderen 16-65 år lider af en form for angst. Ca. 100.000 af disse kan risikere, at tilstanden udvikler sig til at være invaliderende, såfremt de ikke bliver behandlet (Christensen et al 2007).² Ydermere peger DSI-rapporten på, at 928 personer i 2004 var indlagt på sygehuset med en angstdiagnose. 5.026 angstpatienter havde været igennem et ambulant behandlingsforløb (Christensen et al: 3). Sammenlignet med det skønsmæssige antal angstramte er antallet af personer, der modtager professionel behandling, meget lavt. Formodentlig er der en stor andel af personer, der ikke modtager professionel behandling for deres angstlidelse, eller som bliver behandlet på det grå marked, der består af alternative behandlingsformer.

Da der i forestående undersøgelser skelnes mellem de forskellige former for angsttilstande, vil det være nærliggende og relevant at redegøre for de forskellige angsttilstande kort. De mest centrale angsttilstande, som jeg beskæftiger mig med, er: agorafobi, socialfobi, enkelfobi, panikangst, generaliseret angst, sygdomsangst og obsessiv-kompulsiv tilstand (eng. Forkortelse: OCD).

² Dette skøn har baggrund i en engelsk screening-undersøgelse (Christensen et al 2007).

Tabel 1.1 Kort beskrivelse af de mest hyppigt forekommende og udvalgte angsttilstande.

Angsttilstand	Beskrivende definition
Agorafobi	Frygt for at forlade hjemmet, komme i forretninger, forsamlinger eller på offentlige steder, rejse alene med tog, bus eller fly. Undgåelsesadfærden kan udmønte sig i undvigelse af menneskemængder, offentlige steder, færden alene og færden uden for hjemmet.
Socialfobi	Frygt for at blive genstand for andres kritiske opmærksomhed eller opføre sig pinligt. Situationer, som kan fremprovokere den irrationelle frygt og de dertilhørende fysiologiske og tankemæssige ubehag, forsøges undgået.
Enkelfobi	Angsttilstanden er begrænset til specifikke situationer eller objekter, andre end ved agorafobi og socialfobi. Det kan eksempelvis være angst for dyr, lukkede rum og indtagelse af visse fødemidler.
Panikangst	Panikangst optræder ofte i forbindelse med andre angsttilstande og er kendetegnet ved tilbagevendende anfald af svær angst. Panikangstanfald er ofte ledsaget af en vedvarende angst for at få et nyt anfald.
Generaliseret angst	En angsttilstand der ikke er begrænset til specifikke situationer eller objekter og er karakteriseret ved en vedvarende og unødigt bekymring til almen ængstelse over for hverdagens begivenheder og problemer. Det kan eksempelvis være frygt for at blive sindssyg, dødsangst. Tilstanden kan blandt andet lede til indsovningsbesvær.
Sygdomsangst	Angsttilstanden betegnes af og til som hypokondri og er kendetegnet ved en overopmærksomhed på kroppen og kropslige symptomer. Den angstramte er især angst for at være syg.
OCD	Tilstanden kan være præget af tilbagevendende tvangstanker i form af idéer, tankebilleder eller indskydelser, eller ubehagelige tvangshandlinger og ritualer. Disse opleves som oftest irrationelle eller ineffektive.

Kilde: (Rosenberg et al 2002; Angstforeningens hjemmeside).

Fælles for angstlidelserne i ovenstående tabel 1.1 er, at de er vedvarende. En given person kan være syg med flere af de ovennævnte former for angst på samme tid. Angstens debut forekommer hyppigst i den tidlige voksenalder (Rosenberg et al 2002: 83).

1.2 Konsekvenser for angstramtes livskvalitet

En undersøgelse af angstramte har sociologisk relevans, idet forekomsten af angstlidelse kan få negative konsekvenser for de enkeltes sociale relationer, hverdagsliv og arbejdsliv. Svær eller invaliderende angst kan nedsætte den enkeltes livskvalitet og funktions-evne (Rosenberg et al 2002: 84). Livskvalitet kan defineres som *individets rådighed over ressourcer i form af penge, ejendele, kundskaber, psykisk og fysisk energi, sociale relationer, sikkerhed mv., med hvis hjælp individet kan kontrollere og bevidst styre sine livsvilkår* (Gannik 1999: 267; oprindeligt fra Johansson 1970). Begrebet, som bygger på Richard Titmuss' sociologiske levestandard-begreb, blev udviklet af Sten Johansson, et af medlem-

merne af Lavindkomstkommissionen 1970, med henblik på at foretage en empirisk undersøgelse af velfærden i Norden (Gannik 1999; Sunesson 2002: 58).

Eksempelvis kan en person, der lider af svær agorafobi, opleve svære vanskeligheder ved at gå på dagligvareindkøb. Personen kan være stærkt hæmmet i at anvende offentlige transportmidler, fordi dette så vidt muligt undgås. En af informanterne fra min interviewundersøgelse har gengivet, hvorledes angstlidelsen – da den lå på sit højeste – påvirkede hendes hverdagsliv, hvilket var som følger:

”[...] da havde jeg utroligt svært ved at køre bil og køre med tog. Det var næsten alting. Jeg kunne heller ikke gå på biblioteket. Jeg havde svært ved at komme ud at spise. Og være sammen med andre mennesker socialt. Og, jamen, det var uendelige mange ting. At få betalt mit girokort, gå ned i banken og cykle.” (Bilag 6: 21).

Det er således ikke alene dét, at anvende offentlige transportmidler og lignende, der kan udgøre en forhindring for angstramte, men de kan samtidig være hæmmet i forhold til deres sociale relationer. Angsttilstanden kan i værste fald blive invaliderende i den forstand, at den angstramte får vanskeligt ved at opretholde hverdagslivets kontinuum af grundlæggende aktiviteter. Ikke mindst kan det have svære konsekvenser for andre personer udover den angstramte selv, og som en af informanterne fremsætter, så ”[...] går [det] udover vores børn. Det går ud over hele familien” (Bilag 8: 14). Angstramte kan have svært ved og have mindre overskud til at tackle problemer i familielivet, fordi angstlidelsen kan være yderst ressourcekrævende.

En anden følge for personer med invaliderende angst kan bestå i stort fravær og udstødning fra arbejdsmarkedet (Christensen et al 2007: 43). Dette kan føre til, at de pågældende angstramtes økonomiske ressourcer bliver begrænset, og muligvis i et sådant omfang, at det hæmmer deres livskvalitet. For så vidt deres økonomiske situation bliver stærkt forværret, kan dette udgøre en yderligere barriere, fordi de ikke har råd til professionel behandling, hvor egenbetaling typisk er påkrævet, herunder behandling hos en praktiserende psykolog. Svær til invaliderende angst kan føre angstramte ind i en ond

cirkel, hvor lidelsen sætter gang i en nedadgående spiral bestående af fravær fra arbejdsmarkedet, svækket livskvalitet, manglende økonomisk råderum til at betale for professionel behandling hos en psykolog - som kan være én af forudsætningerne for at blive helbredt for lidelsen – for derefter at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Lars Iversen og Ulla Christensen (2002), som beskæftiger sig med medicinsk sociologi, fremhæver to mekanismer, der er forbundet med marginalisering fra arbejdsmarkedet. På den ene side kan dårligt helbred forøge risikoen for at blive marginaliseret og udstødt; på den anden side er marginalisering en helbredsmæssig belastning i sig selv, og disse processer forstærker hinanden indbyrdes (Iversen & Christensen 2002: 137). Med andre ord kan angstramtes helbredsproblemer indebære, at de i højere grad kan risikere at miste deres arbejde, og at de kan have de dårligste helbredsmæssige forudsætninger for at klare påvirkningen fra marginalisering.

Iversen og Christensen (2002: 143) betoner ydermere, at marginaliseringsprocessen gradvist kan svække individernes selvtillid og tro på, at de har kontrol over forholdene, og at det er muligt at ændre disse. Henført til angstramtes situation, indikerer dette, at de kan have ringe forudsætninger for at komme tilbage på arbejdsmarkedet, når først de har været langtidssygemeldt fra arbejdsmarkedet. Samtidig kan længerevarende fravær fra arbejdsmarkedet påvirke deres selvtillid og følelse af kontrol som hænger nøje sammen med deres livskvalitet.

1.3 Eksisterende empiriske undersøgelser

Der er blevet foretaget en del udenlandske epidemiologiske studier af angst, heriblandt *Epidemiological Catchment Area* (ECA) og *National Comorbidity Survey 1994-95* (NCS) (Rosenberg et al 2002: 80 ff.). Da undersøgelserne ikke har tilstrækkelig sociologisk relevans samt relevans for undersøgelsesemnet, bliver disse ikke videre belyst. Der eksisterer ikke på nuværende tidspunkt tilgængelige danske og sygdomssociologiske undersøgelser af, hvorledes angstramte oplever behandlingssystemet og behandlingsforløbene. DSI-rapporten er den eneste tilgængelige og af nyere dato, der kommer tættest på at belyse en del af problemfeltet. Især vurderer jeg rapportens udredning af organiseringen af angstbehandling som særlig nyttig. Med henblik på en undersøgelse af

angstramtes oplevelse af behandlingsforløbene er det hensigtsmæssigt at skabe et overblik over, hvilke professionelle behandlinger der tilbydes angstramte i Danmark. Redegørelsen herfor foreligger i afsnit *1.4 Organisering af angstbehandling*.

1.3.1 DSI-undersøgelsen 2007 (jf. evt. Bilag 1)

Formålet med DSI-undersøgelsen om angstsygdomme er at bidrage med viden om organisering af behandlingstilbud til personer med angst, samt hvilke samfundsøkonomiske konsekvenser angstlidelse kan have for de angstramte. Sidstnævnte aspekt betragtes som relativt underordnet i forhold til problemfeltet, hvorfor jeg har valgt ikke at foretage en dybdegående redegørelse heraf. Selvom rapporten ikke indeholder en repræsentativ og landsdækkende beskrivelse af organisering af angstbehandling, tilvejebringer den dog et tilstrækkeligt indblik i de strukturelle rammer og procedurer for angstbehandlingen. I DSI-undersøgelsen har man benyttet sig af en metodetriangulering bestående af dels en kvalitativ undersøgelse bestående af fokusgruppeinterview af udvalgte faglige specialister, herunder praktiserende læger, praktiserende psykiatere samt praktiserende psykologer, der arbejder indenfor såvel den almene som den specialiserede sygehuspsykiatri (Christensen et al 2007). Dels indeholder rapporten resultater fra en registerbaseret undersøgelse af sygehusforbruget hos personer med angstlidelse samt en redegørelse for de samfundsmæssige omkostninger, både indirekte og direkte, i forhold til gruppen af angstramte. De indirekte samfundsmæssige omkostninger henviser til tab affødt af stort fravær og udstødning fra arbejdsmarkedet, og de direkte omkostninger refererer til de økonomiske ressourcer, der anvendes til behandling af angstlidelser i sundhedsvæsenet (Christensen et al 2007: 43). Sidstnævnte del trækker dog på udenlandsk undersøgelse, idet der ikke har været foretaget en lignende undersøgelse i dansk sammenhæng.

1.4 Organiseringen af angstbehandling

Der ydes ofte ambulant behandling af personer med angstlidelse. Behandling af angstlidelse foregår i forskellige regi, herunder sygehuspsykiatrien bestående af specialiserede klinikker og almene klinikker, praktiserende speciallæger i psykiatri, speciallæger i almen medicin, praktiserende psykologer samt, især når der er tale om behovet for tværfaglige tilgange til behandling, sygehuspsykiatrien (Christensen et al 2007).

Den praktiserende læge er typisk adgangsnøglen til behandling af angstlidelser. Praktiserende læger har mulighed for at viderehenvise den syge til et andet behandlingstilbud, herunder til praktiserende psykiater, til sygehuspsykiatrien eller til praktiserende psykolog, hvor der ved sidstnævnte oftest er påkrævet egenbetaling. Gennem aftale med Sygesikringen kan den praktiserende læge yde max. syv samtaler på en halv times varighed pr. år til den enkelte person med angstlidelse. Det betyder, at ved akutte tilfælde kan lægen modtage patienten inden for en uge. Nogle af de interviewede praktiserende læger i DSI-rapporten understreger, at der kan forekomme en række konsultationer, før de kan opspore patientens sygdom. Endvidere viser DSI-undersøgelsens resultater, at *[en] stor del af patienterne passes af den praktiserende læge i ventetiden på et relevant andet tilbud, og efter endt specialiseret behandling ender de patienter, der ikke er blevet raske, hos den praktiserende læge igen* (Christensen et al 2007: 53). Det kan derfor være hensigtsmæssigt at finde ud af, hvilke barrierer og muligheder angstramte oplever under de forskellige behandlingsforløb.

Til forskel fra den praktiserende læge har den praktiserende psykiater via overenskomsten med Sygesikringen mulighed for at tilbyde 30 konsultationer pr. henvisning. Det indebærer vel at mærke, at patienten er **motiveret for behandling**. Den tidligere nævnte rapport peger dog på, at ventetiden til behandling hos en psykiater kan spænde fra to måneder op til et halvt år, hvilket er rodfæstet i manglen på praktiserende psykiatere. Omtrent 90 % af henviste patienter med angstlidelser modtager behandling hos psykiatere, og de resterende bliver så igen viderehenvist til et andet behandlingstilbud, der i højere grad svarer til den enkelte angstramtes behov fx sygehuspsykiatrien (Christensen et al 2007: 33).

Inden for den almene og specialiserede sygehuspsykiatri er behandlingstilbuddene varierende. Der er mulighed for både tværfaglighed og udadgående aktiviteter. Såfremt den henviste patient hører under optageområdet, må den almene sygehuspsykiatri ikke afvise patienten, hvilket ikke på samme vis gør sig gældende inden for den specialiserede sygehuspsykiatri. Sygehuspsykiatriens generelle servicemål er, at en patient skal tilbydes visitationssamtale inden for 14 dage. På trods af dette er der dog adskillige måneders ventetid (i nogle tilfælde helt op til et år) på behandling i almenpsykiatrien, dvs.

Fjorden i Roskilde, specialklinikkerne i Århus samt på Sct. Hans. Derimod er der næsten ingen ventetid på behandling på Jysk Fobiskole samt Afsnit for ambulant psykiatri i Hillerød, hvilket kan have rod i manglende kendskab til disse specialklinikker. Adgang til behandling på specialklinikken i Århus er imidlertid udelukkende begrænset til patienter, der er blevet henvist af en speciallæge, hvorimod specialklinikken på Sct. Hans kan modtage henviste patienter fra samtlige praktiserende læger.

Imidlertid har enkelte informanter i DSI-undersøgelsen udtrykt et ønske om at anvende standardskemaer med henblik på en hurtigere opsporing og diagnosticering af angst. På den ene side kan dette muligvis være særligt fordelagtigt for angstpatienter, idet det kan mindske omfanget af fejlbehandling. På den anden side kan indførelse af standardiserede procedurer for diagnosticering og behandling muligvis føre til visse u hensigtsmæssige konsekvenser. Såfremt der indføres en sådan rutinemæssig og standardiseret procedure i forhold til diagnosticering og behandling, kan det indebære, at der bevæges endnu mere bort for den individualiserede tankegang, fordi det kan fremme opsplitningen mellem individets sygdomsforståelse og legemets symptomer og tegn (jf. evt. Taussig 1980). Patienten, der står i centrum, risikerer i højere grad at blive betragtet som et objekt og i mindre grad som et subjekt. En professionalisering af medicin fx i form af anvendelse evidensbaseret viden og standardiserede procedurer kan i værste fald skabe en større social afstand mellem den syge og dennes behandler (Freund et al 2003: 225). På den anden side kan sådanne standardiserede procedurer muligvis også være fordelagtige for angstpatienter, idet det kan mindske omfanget af fejlbehandling og lignende.

Til trods for, at der er flere behandlingstilbud for angstramte, foreligger der ikke en samlet plan over, hvordan diagnosticering og behandling er organiseret. Videre fremgår det i rapporten, at *[der] er ingen opsøgende tilbud til denne patientgruppe, og der er heller ikke nogen egentlig netværksstruktur, som de forskellige behandlere indgår i. Det er særligt påfaldende, at der tilsyneladende ikke eksisterer et organiseret samarbejde mellem behandlere og kommuner om fælles opgaveløsning for disse patienter* (Christensen et al

2007: 7, 8).³ Endelig peger rapporten på, at der er tendenser til mangelfuld sammenhæng i behandlingsindsatsen over for angstramte, der kan være afledt af mangelfuld kommunikation mellem de professionelle behandlere samt koordination af behandlingsforløbene.

³ På det tidspunkt DSI-rapporten var under udarbejdelse, forelå der endnu ikke et referenceprogram for angsttilstande blandt voksne. Dog var der nedsat en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen med henblik på udvikling af et sådant referenceprogram, som blev færdiggjort i slutningen af 2007. Informanterne i nærværende undersøgelser havde formentlig ikke haft kendskab til referenceprogrammet, idet ingen af disse refererede til det. Af den grund har jeg valgt at se bort fra dette, på trods af det er et målrettet forsøg på at skabe overblik over organisering af angstbehandling.

1.5 Perspektiv på sygdom – angstdiagnose, angstsygdom eller angstlidelse

Ifølge Tage Søndergaard Kristensen (2002) er diagnostiske systemer stærkt præget af den biomedicinske sygdomsopfattelse og udspringer af et essentielt sygdomsbegreb. Et essentielt sygdomsbegreb hænger nøje sammen med en specifik begrebsforståelse, nemlig *at hver enkel sygdom har en række essentielle træk, der gør det muligt at identificere sygdommen og kende den fra alle andre sygdomme. Dette indebærer, at forskellige mennesker kan have samme sygdom, og at disse forskellige mennesker i princippet vil have gavn af den samme behandling. Det gælder også om at forstå, hvilken sygdom patienten har, snarere end at forstå hvilken patient, der har sygdommen* (Kristensen 2002: 18). På den ene side kritiseres de diagnostiske systemer for at have et lavt validitetsniveau, eksternt såvel som internt, som følge af en anvendelse af forskellige diagnoser i forskellige lande for samme sygdomme, og derudover ændres de diagnostiske kriterier over tid. Med andre ord er diagnoser samfundsskabte og sociale konstruktioner, og bør ikke betragtes som objektiv, gyldig viden. På den anden side skal diagnosernes betydning ikke undermineres, da disse er uundværlige i forhold til at målrette behandlingerne (Kristensen 2002: 19, 28).

I dette speciale tages der udgangspunkt i den **subjektive** dimension af angst, dvs. **personens egen oplevelse af angst**. Altså ligger mit fokus på personer, der selv oplever, at de har eller har haft en angstlidelse til flere angstlidelser i svær eller invaliderende grad. Dette, uanset om disse har fået stillet en angstdiagnose eller ikke. Fremover omtales personer med (svær eller invaliderende) angstlidelse som angstramte. Selvom der først og fremmest tages afsæt i den subjektive oplevelse af angst, afvises antagelsen, om at angstdiagnoserne kan spille en betydningsfuld rolle for angstramtes behandlingsforløb, imidlertid ikke.

1.6 *Sondringen mellem akut eller kronisk lidelse*

Det kan diskuteres, hvorvidt en sondring mellem akut og kronisk lidelse er hensigtsmæssig.⁴ På den ene side kan der argumenteres for, at en sådan sondring er hensigtsmæssig, fordi der kan være forskel på behandlingsbehovet blandt akutte og kroniske syge. I modsætning til akutte sygdomme indebærer kroniske sygdomme og lidelser typisk livslang behandling i behandlingssystemet såvel som af den syges sociale netværk. En person, der er kronisk syg gennemløber oftest flere faser end den akutte syge person, og til hver fase hører nogle specifikke pleje- og behandlingsbehov. Sociologen Anselm Strauss (1990) påpeger, på trods af, at behandlingssystemet gennem de sidste tre årtier i vid udstrækning er blevet moderniseret (i forhold til den medicinske praksis, teknologisk, uddannelsesmæssigt, specialiseringen i fagområder samt institutionaliseringen), at sundhedsvæsenet i langt overvejende grad er bedre rustet i forhold til akut sygdom. Organiseringen i sundhedsvæsenet er ikke indstillet på den problematik, som kronisk sygdom indeholder. Det fremgår i øvrigt af DSI-rapportens forholdsvis detaljerede beskrivelse af organiseringen af behandlingstilbud til angstramte, at der er et stort udækket behandlingsbehov hos angstramte.

Den amerikanske sociolog Angelo A. Alonzo beskæftiger sig bl.a. med, hvordan symptomer og sygdom formes som led i en interaktion. Alonzo knytter *illness behavior* til sygdomsforløbs forskellige faser (Alonzo 1984), dvs. adfærd der er forbundet med akut og kronisk sygdom. I forhold til den forestående undersøgelse kan en sondring mellem akut og kronisk angstlidelse have betydning for ikke blot angstramtes oplevelse af behandlingssystemet, angstramtes sygdomsforståelse men også personens *illness behavior*.

⁴ Ud fra de diagnostiske kriterier, der forefindes i ICD-10, er der ikke umiddelbart en klar grænse for, hvor angst er kronisk angst. Det lader til, at der er tale om kronisk angst, når tilstanden strækker sig over flere år, hvilket antydes i følgende citat: "Anxiety and depression are commonly associated with the above symptoms and signs, and suicidal ideation is not infrequent. The onset follows the trauma with a latency period that may range from a few weeks to months. The course is fluctuating but recovery can be expected in the majority of cases. In a small proportion of cases the condition may follow a chronic course over many years, with eventual transition to an enduring personality change (F62.0)." (j.f. internetlink i litteraturlisten). Altså henviser kronisk angst til en angstillstand, der spænder over en længere årrække, og ikke blot få uger eller et par måneder.

Kronisk sygdom kan ydermere påvirke den syges identitetsoplevelse og *sense of self* (Freund et al 2003: 152).

På den anden side kan en sondring mellem akut og kronisk sygdom/lidelse være mindre frugtbar. Resultater fra nærværende undersøgelse viser, at angstlidelse kan variere meget. Angstanfald kan både opstå ganske pludseligt med jævne mellemrum, samtidig med at selve sygdomsforløbet kan strække sig over flere år og have antydningen af at være af kronisk karakter. For eksempel kan panikangst betragtes både som akut og kronisk på samme tid; dels kan et panikangstanfald betragtes som akut, idet det som bekendt består af en pludselig indsættende oplevelse af fx dødsfrygt; dels kan panikangst forekomme med større hyppighed over en længere periode og med øget styrke, således at angsten bliver invaliderende for den angstramte og endelig bliver betegnet som kronisk hos en given professionel behandler.

I hvilken grad en sygdom kan betegnes som akut eller kronisk kan grundlæggende set afhænge af forestillingen om, hvorvidt den syge kan helbredes for sygdommen eller ikke. Denne forestilling afhænger, ifølge Gannik (1999: 55), igen af tre forhold, herunder:

- 1) om betegnelsen anvendes på læge- eller patientniveau;
- 2) hvilket tidspunkt i sygdommens/lidelsens fase bestemmelsen sker på; og
- 3) processerne i personens sygdomsforståelse.

Behandlerens betegnelse kan i princippet være en ganske anden betegnelse end den, som forefindes hos den syge.

Ikke desto mindre mener jeg, at denne sondring kan være særlig velegnet ud fra en formodning om, at angstramtes sygdomsadfærd og behandlingsbehov kan afhænge af, hvorvidt de lider af akut eller kronisk angst. Angstramtes sygdomsforståelse er antageligvis ikke en fast og integreret størrelse men er snarere dynamisk og forandrende, idet sygdomsforståelse kan gennemgå en udvikling under sociale processer samt interaktioner. Eftersom der tages udgangspunkt i den subjektive dimension af angst, har jeg valgt at lægge hovedvægten på informanternes forståelse af, om de lider af akut eller kronisk

angst. Dog er jeg opmærksom på, at angstpatienternes subjektive vurderede angsttilstand ligeledes kan tage afsæt i nogle objektive rammer. Jeg er endvidere opmærksom på, at angstramtes forståelse kan ændres gennem gensidige vekselvirkninger i deres sociale relationer.

1.7 Problemformulering

Samlet set kan svære og invaliderende angsttilstande føre en række konsekvenser med sig blandt angstramte. Ved svær til invaliderende angst nedsættes angstramtes livskvalitet og funktionsevne; de kan have ringe forudsætninger for at fastholde og opretholde deres sociale relationer, familieliv, hverdagsliv og arbejdsliv. Én af de vigtigste forudsætninger for, at angstramte kan opnå øget livskvalitet og funktionsevne, er at de får relevant professionel behandling, således at de kan forebygge yderligere forværringer af deres givne angsttilstand og/eller blive helbredt for angst. Men vejen til et relevant behandlingstilbud kan være vanskelig af flere årsager. Nogle af de aspekter, der kan spille en væsentlig rolle, og som er blevet identificeret i problemstillingen, er, at der ikke eksisterer en samlet plan over organiseringen af angstbehandling i det danske behandlingssystem. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at undersøge, hvorvidt og hvorledes angstramte oplever og håndterer disse faktorer. Omvendt kan det være mindst lige så meningsfuldt at undersøge det positive aspekt i betydning af, hvilke muligheder angstramte oplever i behandlingsforløbene. Det, der er mest (sociologisk) relevant, er samspillet mellem behandlere og angstramte, som finder sted i behandlingsforløbene, frem for selve behandlingsforløbene, som de er i sig selv. Der kan derfor argumenteres for, at det er relevant at undersøge samt analysere, hvilke barrierer angstramte subjektivt oplever i behandlingsforløbene, og navnlig hvilke muligheder de oplever i behandlingsforløbene. Dernæst kan viden om, hvorledes angstramte håndterer disse barrierer og muligheder med henblik på enten forebyggelse af forværringer eller helbredelse af angsttilstanden, være givtig.

Nærværende undersøgelse tager således udgangspunkt i følgende spørgsmål:

Hvilke særlige barrierer og muligheder oplever angstramte i professionel behandling, samt hvordan håndterer angstramte disse?

Problemformuleringsspørgsmålet, der reelt set består af to spørgsmål, er deskriptivt/beskrivende. Specialet kredser om og har derfor til formål at gengive et billede af:

- 1) Angstramtes oplevelse af særlige barrierer og muligheder i behandlingsforløbene.
- 2) Hvordan disse barrierer og muligheder håndteres af angstramte.

Jeg undersøger således personer med en angstlidelse eller flere angstlidelser fra 18 år og derover som er eller har været i mindst et behandlingsforløb hos professionelle behandlere fx praktiserende læge, praktiserende psykiater og praktiserende psykolog.⁵ Børn og unge under 18 år medtages ikke, da nogle af spørgsmålene muligvis er for vanskelige at besvare for disse, og det kan påvirke besvarelsernes kvalitet negativt.

1.7.1 Begrebsafklaring

I tråd med, at der tages afsæt i den subjektive dimension af angstsygdomme, dvs. personers egen oplevelse af de pågældende angsttilstande, lægges hovedvægten således på angstramtes subjektive oplevelse af behandlingsforløbene. Hvorvidt forholdene betragtes som barrierer eller muligheder afgøres ud fra den indvirkning, de har, på angstramtes bekæmpelse eller forebyggelse af deres angstlidelse. Det vil sige, at muligheder i professionel behandling henviser til forhold der, potentielt set, mindsker angstlidelsens omfang og har en positiv indvirkning på angstramtes tilstand, ud fra angstramtes vurdering. Barrierer i professionel behandling refererer til forhold, der forhindrer en positiv udvikling mod en forbedring af angstramtes tilstand, ifølge angstramte. Det skal forstås således, at barrierer enten forværrer angstramtes tilstand eller har en neutral betydning for angstlidelsens udvikling. Jeg er opmærksom på, at angstramte fx kan opleve markante ændringer i deres hverdagsliv, der kan føre til en begrænsning af angstlidelsen omfang, og omvendt. Dog fokuserer jeg på de forhold, der udelukkende er knyttet til professionel behandling og/eller forebyggende indsatser, herunder forebyggelse mod forværring og evt. helbredelse af angstlidelse. Jeg mener, at angstramte selv er i stand til at

⁵ Det betyder, at jeg ikke inddrager professionel behandling i tværfaglige team. For at undgå at undersøgelsen bliver for vidtfavnende har jeg valgt at udelade dette aspekt.

vurdere omfanget af deres lidelse, netop fordi disse oplever angstsymptomerne og tegnene. Jeg mener ligeledes, at angstramte er i stand til at vurdere, hvad der har givet en gavnlig effekt, og omvendt hvad der har givet ringe effekt på deres angsttilstand. Ud fra denne betragtning forudsætter det, at optikken er tilbageskuende, dvs. undersøgelsen tager afsæt i angstramtes retrospektive skildringer af deres givne oplevelser og erfaringer.

Dernæst kan begrebsparret professionel behandling være mindre præcist i forhold til specialets fokus, som påpeget tidligere. Jeg undersøger ikke behandlingsforløbene i den forstand, at de udgøres af nogle specifikke konkrete behandlingsformer, fx specifikke former for medicinsk og anden professionel behandling, antal konsultationer, medmindre de har en betydning for samspillet mellem de enkelte individer. Fokuset flyttes således fra behandlingsforløbene til handlerum eller *felt* (som er et af Pierre Bourdieu's centrale begreber) (Bourdieu 1977), hvori social handlen, interaktioner og relationer mellem behandler og angstramte er mulige. Da omdrejningspunktet for disse handlerum/felter er sygdom og navnlig sygdomsforebyggelse, har jeg valgt at betegne dem som sygdoms(forebyggelses)feltet. Fremover henviser begrebet **sygdomsfeltet** således til de pågældende handlerum, der er knyttet til sygdomsforebyggelse, hvori vekselvirkninger, interaktioner og relationer mellem behandlere og angstramte er mulige. Samtidig formoder jeg, at sygdomsfeltet er påvirket af både strukturelle rammer/objektive vilkår og subjektive strukturer.

Den anden del af undersøgelsesspørgsmålet drejer sig om angstramtes håndtering af barrierer og muligheder. I henhold til afdækning af denne del af problemstillingen finder jeg begrebet **sygdomsadfærd** som værende særligt velegnet. Begrebet sygdomsadfærd anvendes primært som et handlingsorienteret begreb, idet angstramte - gennem deres handlinger - antagelsesvist forsøger at overkomme de begrænsende barrierer og udnytter de potentialer, de oplever i behandlingsforløbene. I den sygdomssociologiske litteratur foreligger der en række begreber, der henviser til syges sygdomsadfærd, herunder coping, hverdagssygdomsadfærd, kronisk og akut sygdomsadfærd, compliance og non-compliance. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i det begreb der foreligger i Dorte Effer-søe Ganniks værk *Social Sygdomsteori – et situationelt perspektiv* (1999), fordi begrebet

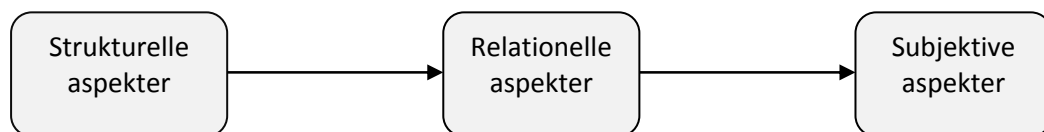
netop betragtes som et handlingsorienteret begreb, hvilket ikke i samme grad gør sig gældende fx ved Antonovsky's begreb coping. Ganniks definition af sygdomsadfærd rummer en dobbelthed, der er forbundet med en række handlinger, som syge foretager i forhold til deres sygdom, og som raske foretager for at bevare deres helbred. Således forstår hun sygdoms-sundhedsadfærd som et integreret og kontinuert fænomen. Gannik definerer sygdomsadfærd "*som alle handlinger der tilsigter at modvirke, afhjælpe eller neutralisere (virkningerne af) kropslige symptomer, uanset graden af sygdom, og uanset om sygdomsadfærden er kontrolleret af et professionelt behandlingssystem*" (Gannik 1999: 54). Med andre ord indbefatter Ganniks sygdomsadfærds-begreb handlinger, der ikke er kontrolleret af behandlere/behandlingssystemet, lige såvel som handlinger, der er underlagt denne kontrol. Dette tosidede aspekt i sygdomsadfærdsbegrebet kan med fordel suppleres med, hvad jeg vil kalde, hverdagssyngdomsadfærd på den ene side, og compliance/non-compliance på den anden side. Begreberne skal dog ikke forstås som to adskilte størrelser, idet de formodentlig er ganske tæt forbundet. De betragtes snarere som to dimensioner af syges sygdomsadfærd. Dog skal det pointeres, at hverdagssyngdomsadfærd, som det anvendes i dette speciale, ikke skal forveksles med Alonzo's *everyday illness behavior* (1984), idet Alonzo primært lægger vægt på *sign and symptom containment* i hverdagssyngdomsadfærd (Alonzo 1984: 504). Sigtet i dette speciale er i højere grad at undersøge angstramtes handlinger, der kan ses i lyset af nogle givne forhindringer m.m., de oplever i behandlingssystemet, relationen og kommunikationen med behandlerne. Hverdagssyngdomsadfærd forstås her i lyset af de nævnte forhindringer og muligheder, og som udfoldes i hverdagslivets kontekst. Den anden dimension af sygdomsadfærd, nemlig sygdomsadfærd som forsøges kontrolleret af det professionelle behandlingssystem og dets behandlere, refererer til *compliance* og *non-compliance* (Elsass 1997; Taussig 1980; Mechanic 1992; Helman 1985), som i vid udstrækning anvendes inden for sygdomssociologien. Compliance forstås som patientens grad af efterrettelighed, i forhold til hvorvidt patienten følger behandlernes anvisninger. En mere dybdegående udredning af begrebet compliance foreligger dog i analysen.

1.7.2 Antagelser og afgrænsning

Imidlertid ligger der implicit i problemformuleringsspørgsmålet en hypotese om, at der foreligger forskellige forhold, der lægger begrænsninger og tilvejebringer handlemulig-

heder for angstramte i professionel behandling. De strukturelle aspekter, jeg har til hensigt at fokusere på, er strukturelle rammer for professionel behandling, herunder behandlingssystemets ressourcer og sundhedspolitiske rammer i form af aftaler mellem Sygesikringen og de forskellige behandlere. Jeg formoder, at der er relationelle aspekter og kommunikative mønstre mellem angstramte og behandlere, som har indvirkning på angstramtes handlemuligheder. Grunden til, at jeg har valgt at fokusere på disse aspekter, er, at jeg betragter de strukturelle aspekter som konstituerende for relationen mellem angstramte og behandlere, der videre konstituerer angstramtes subjektive strukturer, dvs. deres oplevelse af barrierer og muligheder samt håndtering af disse. Endelig ligger der implicit i problemformuleringsspørgsmålene en hypotese om, at angstramte handler ud fra de subjektivt oplevede barrierer og muligheder med henblik på forebyggelse af forværring eller helbredelse af deres angsttilstand. Forklaringsretningen er som vist i figur 1.2 nedenfor:

Figur 1.2: Forklaringsretning



Som vist i ovenstående figur 1.2 undersøger jeg de særlige strukturelle rammer, der påvirker relationerne mellem angstramte og behandlere, som angstramte subjektivt oplever som forhindringer og potentialer, og endelig hvilke sygdomsforebyggende handlinger angstramte foretager med henblik på håndtering af barriererne og potentialerne. Ikke desto mindre er jeg opmærksom på, at der kan ligge et forandringspotentiale i interaktioner mellem individerne, som kan ændre de historisk betingede strukturelle rammer. Men dette afgrænser jeg mig fra at undersøge i specialet.

For at undgå at undersøgelsens ramme bliver for vidtfavnende, har jeg valgt at afgrænse mig fra at undersøge bl.a. hvilken særlig rolle de offentlige systemer, dvs. Socialforvaltningen, spiller i forhold til angstramtes oplevelse af barrierer og muligheder. Det gælder især angstramtes oplevelse af sagsbehandlingen vedrørende tilskud til psykologbehandling eller et tværfagligt team. Dernæst har jeg fravalgt at inddrage angstramtes deltagel-

se i selvhjælpsgrupper, der både rummer barrierer og muligheder i selve forløbene. Under interviewene kom nogle af informanterne ind på nogle barrierer ved selvhjælpsgruppeforløbene i den forstand, at forløbene tenderede til at blive for stillestående ved, at de ikke oplevede nogen fremgang i forebyggelsesprocessen. En anden barriere, de interviewede angstramte berettede om, drejede sig om barrierer for at møde op til selve stedet, hvor selvhjælpsgrupperne finder sted. Omvendt kan selvhjælpsgrupper give mulighed for social interaktion mellem ligesindede og på den måde skabe et solidt grundlag for intersubjektiv interaktion, udveksling af samme og forskellige erfaringer, at støtte og få støtte af andre angstramte til at fremme viden om angst og angstbehandling. Ifølge det kvalitative datamateriale har flere af informanterne haft stor gavn af selvhjælpsgrupper, idet de er blevet oplyst om andre alternativer for behandling og håndtering af angst. Samtidig kan deltagelse i selvhjælpsgrupper være et udtryk for en måde, hvorpå angstramte håndterer og forsøger at opveje nogle givne mangler, de oplever ved de professionelle behandlingsforløb. Selvom jeg har valgt at afgrænse mig fra at beskæftige mig med disse to eksempler, lader det til, at disse også har en relativ stor betydning for såvel angstramtes handlemuligheder. Derudover kan angstramtes socioøkonomiske status danne ramme om angstramtes barrierer og muligheder i sygdomsfeltet, og efterfølgende hvorledes de handler ud fra disse. Endelig har jeg fravalgt at undersøge de pågældende barrierer og muligheder der kan forekomme i den større relationelle kontekst i sygdomsfeltet, herunder aktører i sygehuspsykiatrien (der har sin egen struktur og organisering af behandling) og relationen mellem den enkelte angstramte, første og anden professionelle behandler. Efter min mening er disse to nævnte aspekter i sig selv yderst omfattende, hvorfor en særskilt analyse vil være bedre egnet og fyldestgørende.

1.7.3 Kort om undersøgelsens design

Med henblik på at afdække angstramtes oplevelse af barrierer og muligheder i behandlingsforløbene, foretages både dybdeinterviews samt en spørgeskema-undersøgelse blandt angstramte fra 18 år og derover. En nærmere redegørelse samt argumentation for valg af dataindsamlingsmetode etc. foreligger i afsnit 2.4 *Metodetriangulering*.

Jeg tager udgangspunkt i den metodiske tilgang *Adaptive Theory*, der er udviklet af Derek Layder (1998). *Adaptive Theory* finder jeg særligt brugbar i forhold til besvarelsen af problemformuleringsspørgsmålene, idet Adaptive Theory bl.a. beskæftiger sig med samspillet mellem makro- og mikroniveauerne. Det vil sige, at der anvendes strukturelle/systemiske, mellemliggende såvel som adfærdsmæssige begreber i besvarelsen af problemformuleringsspørgsmålet. Strukturelle/systemiske begreber refererer først og fremmest til *reproduced social relations which represent the historically emergent standing conditions of an ongoing society* (Layder 1998: 88). Sådanne begreber kan anvendes til at beskrive systemiske aspekter af det sociale liv såsom magtrelationer, kontrol og dominans. Mellemliggende begreber (oversat fra engelsk, *bridging/mediating concepts*) anvendes til at betegne mellemliggende faktorer, som repræsenterer samspillet mellem samfund og individ (Layder 1998: 92). Endelig henviser adfærdsmæssige begreber til fx mønstre i interpersonelle relationer, navnlig de betydninger og fortolkninger individer tillægger disse (Layder 1998: 85). Mere konkrete og uddybende forklaringer af begrebstyperne samt sammenhængene mellem begreberne foreligger i afsnit 4.2 *Begrebstyper*. I nærværende undersøgelse trækkes der på en bred vifte af eksisterende sygdomssociologiske teorier, perspektiver og teoretiske begreber, bl.a.:

- Teorier om relationen og kommunikationen mellem behandler og patient (samt viden og magtrelation)
- Sygdomsforståelse
- Sygdomsadfærd

Jeg har valgt ikke at behandle samtlige anvendte teoretiske begreber i ét afsnit, dog med undtagelse af de teorier og teoretiske begreber, der er omfattet i min forforståelse. Andre begreber, der enten udspringer af eksisterende teoriapparater eller er videreudviklet herfra, inddrages dog fortløbende i analysen, dér hvor det er relevant. For det første mener jeg, at dette er hensigtsmæssigt, da jeg trækker på en bred vifte af teorier og teoretiske begreber, som jeg vælger at inddrage, som en del af den teoretiske forforståelse; når de empirisk indsamlede data stemmer overens med teorierne; eller efterhånden som jeg finder frem til, at andre teorier m.m. end de i min forforståelse kan belyse visse

aspekter af de empiriske fund. En dyberegående redegørelse herom foreligger i Kapitel 3 *Metode*. For det andet kan dette være en fordel i forhold til udviklingen af en adaptiv teori, hvilket ligger i forlængelse af førstnævnte begrundelse. Samtidig er det min hensigt at tydeliggøre denne dynamiske og vedvarende proces mellem teoretisk og empirisk fokus. Formålet med den teoretiske forforståelse er ikke, at den alene skal udgøre rammen for dataindsamlingen, tværtimod skal den ligge til grund for udviklingen af en adaptiv teori. Omvendt har jeg ikke til hensigt blot at udlede teoretiske begreber udelukkende fra empirisk indsamlet datamateriale men ligeledes at trække på relevante teoretiske perspektiver, såfremt de er velegnet enten som inspiration til videreudvikling af teoretiske begreber eller som yderligere supplerende forklaring til de empiriske fund. Den induktive tilgang kan således anvendes på to måder. Med andre ord indtager jeg hverken en ren deduktiv eller en ren induktiv tilgang. De metodologiske principper, der ligger til grund for nærværende undersøgelse vil blive uddybet nærmere i næstfølgende kapitel.

2 METODE

2.1 *Adaptive Theory*

Derek Layder præsenterer med sit værk *Sociological Practice – Linking Theory and Social Research* (1998) en ny metodisk tilgang kaldet *Adaptive Theory*, dog uden at insistere, at tidligere tilgange er værdiløse (Layder 1998: 1). Nogle af grundene til, at jeg har valgt at benytte mig af *Adaptive Theory*-tilgangen, er:

- At de ontologiske og epistemologiske perspektiver er i stand til at rumme såvel objektive som subjektive strukturer (hvilket er et væsentligt kriterium for en fyldestgørende afdækning af problemstillingen).
- At den er fleksibel i den forstand, at den trækker på styrkerne ved de forskellige eksisterende videnskabsteoretiske traditioner, herunder fx Grounded Theory og Rationalisme, dog uden at lægge sig fast på tilgangenes relative stringente ontologiske og epistemologiske forudsætninger.
- At den giver plads til både en teoristyret (deduktiv) og empirisk styret (induktiv) undersøgelse, dvs. at eksisterende teorier ikke forkastes som værdiløse, snarere betragtes de som anvendelige, givet at de er relevante for problemstillingens fokus. Samtidig lægges der megen vægt på generering af nye teoretiske begreber, for så vidt at de eksisterende begrebers forklaringskraft ikke er tilstrækkelig, eller at de nye begreber kan anvendes til at forklare et 'nyt' aspekt.

Hvordan det er muligt at kombinere disse **tilsyneladende** kontrasterende eksisterende tilgange, samt hvordan disse anvendes i nærværende undersøgelse uddybes undervejs i metodeafsnittet.

Adaptive Theory udfordrer bl.a. den kløft, der ligger mellem teoretisk og empirisk forskning i sociologien, hvilket implicit indebærer, at tilgangen bestræber sig på at kombinere metoder for anvendelse af eksisterende teori og teori genereret fra dataanalyser. Layder forsøger således at sammenkoble den deduktive, teoritestende tilgang og den induktive, teorigenererende tilgang, og foreslår, at en kontinuerlig, dynamisk vekselvirkning mel-

lem induktion og deduktion skal gennemstrømme hele projektfasen. Dette, med henblik på at styrke de frugtbare muligheder, der forefindes i den gensidige vekselvirkning mellem dem. Med denne tilgang afviser Layder derfor ikke eksisterende metodologiske samt metodiske tilganges anvendelighed. Tværtimod trækker *Adaptive Theory* på flere tilgange til teoretisering og lige såvel en bred vifte af metodologiske traditioner og teknikker som efterfølgende bringes i dialog med hinanden (Layder 1998: 5, 38). Dog udspringer *Adaptive Theory*, mere specifikt, fra kritisk realisme.

Begrebet *adaptive* kan oversættes til "tilpasset" eller "bearbejdet" på dansk. Formålet med *Adaptiv Theory*-tilgangen er at bearbejde og udvikle en adaptiv teori gennem empiriske fund på samme tid som dataene bliver filtreret igennem eller tilpasset til relevant eksisterende teori (Layder 1998: 38).

Ydermere udfordrer *Adaptive Theory* kløften mellem fx den fænomenologiske; forståelsesorienterede tradition og den hermeneutiske, fortolkningsorienterede tradition; subjektivismen kontra objektivismen; induktiv tilgang kontra deduktiv tilgang; og formal/generel teori vs. substantiv teori. Han er fortalende for, at det er muligt gennem en kombination af metoder at udnytte styrken fra og bryde med de begrænsninger, der tilsyneladende er iboende de vidt forskellige videnskabsteoretiske positioner og retninger. Den adaptive tilgang gennemstrømmer således hele undersøgelsen i den forstand, at de videnskabsteoretiske forudsætninger består af en kombination af klassiske tankegange, og at såvel teori som empirisk data tilpasses hinanden indbyrdes løbende i undersøgelsen.

2.2 Metodologiske forudsætninger

Forinden de metodologiske dimensioner, herunder induktion, deduktion og videnskabsteoretiske forudsætninger (ontologiske og epistemologiske antagelser i positivistisk og fortolkende tradition), diskuteres, er det vigtigt her at understrege, at Layder ikke betragter polariteterne som adskilte modsætninger men snarere som forskellige og sammenknyttede (Layder 1998: 10). Her placerer *Adaptive Theory* sig i gråzonen mellem polariteterne. Samtidig skal dimensionerne (deduktion og induktion, ontologiske og

epistemologiske forudsætninger) ikke forstås som adskilte enheder som sådan, men snarere at de overlapper hinanden, hvilket videre er afspejlet i redegørelsen.

Selvom distinktionen mellem deduktion og induktion samt rationalisme og empirisme er hensigtsmæssig til at skildre visse aspekter, fokus og prioriteter, trækkes der oftest på elementer fra begge i varierende grad i sociologisk forskning (Layder 1998: 15). På den ene side eksisterer der tilgange, som lægger vægt på formulering af teoretiske hypoteser med det formål at guide undersøgelsen og til at forme en hvilken som helst teoretisering, der måtte følge efter en dataindsamling. På den anden side lægger Grounded Theory vægt på, at en undersøgelse påbegyndes med mindst mulig teoretisk forforståelse for at give plads til teori, der opstår gennem en empirisk undersøgelse. En af ulemperne ved Grounded Theory-tilgangen er, ifølge Layder, at indsamlingen af empirisk data kan blive spredt, og det kan munde ud i, at en del af det empiriske data kan vise sig at være ubrugeligt i forhold til udvikling og validering af begreber. Samtidig kan det være vanskeligt at påbegynde en undersøgelse uden at have en vis forforståelse om undersøgelsesfeltet. En af fordelene ved Grounded Theory-tilgangen er imidlertid, at den lægger vægt på udvikling af nye begreber, og derved kan tilgangen bidrage med øget viden om sociale fænomener.

Adaptive Theory-tilgangens forsøg på at bygge bro mellem forskellige idéer kommer videre til udtryk ved koblingen mellem empirisme⁶ og rationalisme⁷. Den placerer sig i mellem, hvad der sommetider refereres til Grounded Theory-tilgangen (sådan som den er udviklet hos Barney G. Glaser & Anselm L. Strauss) på den ene side og hypotetisk-deduktiv tilgangen på den anden side.

⁶ Empirisme associeres oftest med induktive metodiske tilgange, idet det anses at gyldig viden kun kan opnås gennem observationer af fænomener fra den sociale verden, som de kommer til udtryk for vores sanser. Grounded Theory-tilgangen ligger inden for empirisme.

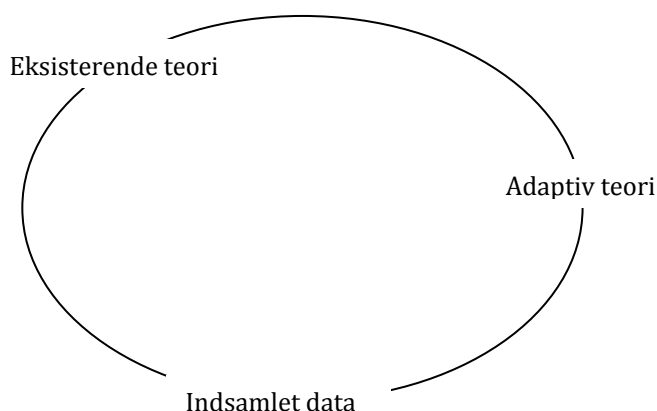
⁷ I rationalismen er udgangspunktet, at videns produktionen udgøres af a priori viden, dvs. viden der er uafhængig af erfaring, hvilket oftest fører til forskellige former for argumenter og fornuftslutninger/ræsonnementer (Layder 1998: 137).

Jeg har forsøgt at undgå de relative stringente præmisser eller underliggende forudsætninger, der kendetegner proceduren i fx Grounded Theory-tilgangen og den hypotetisk-deduktive tilgang. Dette, ved at undgå ekstreme, rigide og dogmatiske forståelser af induktion og deduktion, samt ved at betragte dem som potentielle 'åbne' diskurser. Begge metodiske tilgange opfattes som lige betydningsfulde og som gensidigt påvirkelige tilgange til tilvejebringelse af viden. Layder fremhæver, at:

"The whole point of a focus on relations between agency and structure in research is to underline their simultaneous implication in each other - to trace their actual interpretations and linkage - and not to abandon this task because of methodological 'problems'." (1998: 145).

I figur 2.1 fremgår det, at der foretages en kobling mellem empirisk teori og eksisterende teori ved at sikre, at rationelle former for bevis, bevisførelse og validitet spiller en kontinuerlig rolle i den empiriske undersøgelse samstemmende med teoretiseringen.

Figur 2.1 Relationerne mellem eksisterende teori, adaptiv teori, indsamlet data (Layder 1998: 167).



Som i en enhver undersøgelse er det yderst væsentligt at reflektere over de ontologiske og epistemologiske forudsætninger, dvs. hvorledes den sociale virkelighed og verden forstås, samt hvilke gyldige erkendelsesmæssige præmisser, der skal være til stede for

at kunne opnå denne viden om den sociale virkelighed og verden. En af årsagerne til, at jeg har valgt *Adaptive Theory*-tilgangen er, som tidligere nævnt, at den er i stand til at indbefatte subjektive prædispositioner og intersubjektivt genererede meninger som former de sociale aktørers hverdagsliv på den ene side, og samtidig giver den plads til objektive sociale strukturer i samfundet (der er reproduceret i sociale relationer, positioner, praksisser, diskurser og former for magt og dominans) (Layder 1998: 176). Det vil sige, at *Adaptive Theory* kan forstås som en hybrid tilgang, der anerkender eksistensen af sammenvævninger og kombinationer af forskellige tilgange. Det betyder, at *Adaptive Theory*-tilgangens ontologiske og epistemologiske standpunkter hverken hviler på positivistiske eller fortolkende traditioner, men snarere forener de videnskabsteoretiske tankegange. Eksempelvis kritiserer Layder den traditionelle positivisme, der fokuserer på samfundets objektive strukturer, for at være ude af stand til at begribe, at den sociale verden er konstitueret af menneskers meningsgivende handlinger, hvis adfærd adskiller sig markant fra den naturligt skabte verden af lovmæssigheder og generaliserbarhed (Layder 1998: 139). Samtidig afviser *Adaptive Theory* den fortolkende traditions idé om, at den sociale verden udelukkende er konstitueret af intersubjektive meninger og interaktive processer og strukturer. Adfærdsmæssige karaktertræk kan potentielt set være uudtømmende, idet der er lige så mange meninger som kan tillægges en persons adfærd, som der er facetter af den enkeltes personlighed og sociale dispositioner (Layder 1998: 154f.) Medmindre systemiske fænomener som magtrelationer, social organisering, ressourcer, ideologier etc. inddrages, kan observationer af intersubjektive meninger osv. føres ud i uendelighed, som igen kan føre til en række begreber, der formentlig ikke får betydning i forhold til teorien i det lange løb.

De ontologiske og epistemologiske antagelser i *Adaptive Theory*-tilgangen udspringer primært af kritisk realisme, selvom den ligeledes er inspireret af forskellige videnskabsteoretiske tilgange på den ene side samt kritik af tilgangenes begrænsninger på den anden side. Ifølge Layder, er den sociale virkelighed – ud fra et realistisk standpunkt - ikke blot sammensat af aktørers meninger og subjektive forståelser men lige såvel af systemiske eller strukturelle faktorer. Disse aspekter af den sociale virkelighed påvirker hin-

anden indbyrdes og deres mekanismer og effekter er dybt sammenvævet. På den ene side er systemiske faktorer afhængige af menneskers reproducerende aktiviteter for at sikre deres kontinuitet i tid og rum. På den anden side bliver intersubjektive oplevelser og sociale handlinger influeret, tilpasset og formet af de selv samme systemiske faktorer, som de hjælper med kontinuerligt at reproducere gennem interaktion og sociale rutiner, i hvilke de er indrammet (Layder 1998: 87). Med andre ord hviler Adaptive Theory-tilgangen på en antagelse om, at den sociale virkelighed i sin natur er mangfoldig snarende end entydig og uniform; at den er kompleks og kompakt bestående af de mangeartede sammenhænge mellem aktør og struktur (Layder 1998: 139ff.). Mere præcist forsøger Layder at forene tanken om, at mange karakteristiske træk ved det sociale liv må forklares ud fra aktørers meninger og subjektive forståelser, samtidig med at der tages højde for, at andre aspekter af socialt liv har mere tilfælles med naturlige fænomener og må derfor nødvendigvis forklares ud fra mere objektive, videnskabelige termer (Layder 1998: 140). Derfor inkorporerer Adaptive Theory-tilgangen såvel det interne, subjektive aspekt af social interaktion, som tanken om at sådanne aktiviteter altid finder sted i en større kontekst bestående af sociale omgivelser og kontekstuelle ressourcer.

På trods af at den adaptive teori former opkomsten af data på samme tid som den selv (teorien) bliver formet af disse data, kan teoretiseringen aldrig blive betragtet som en afsluttet proces i den henseende, at den giver anledning til et perfektioneret produkt i form af en teoretisk formulering. Den kan blot blive betragtet som en tilnærmelse til en teori, i lyset af at der er mulighed for at revidere den ved hvert givent stadie i undersøgelsesprocessen (Layder 1998: 42).

2.3 Videnskabsteoretisk tilgang i nærværende undersøgelse

Formålet med forestående undersøgelse er bl.a. at opnå en øget forståelse og indsigt i de angstramtes oplevelser og erfaringer i sygdomsfeltet. Med andre ord udgør informanternes egne skildringer af de pågældende barrierer og muligheder, de har mødt i sygdomsfeltet, et yderst centralt aspekt i undersøgelsen. Dette kan belyses ud fra en fænomenologisk tilgang, som giver de subjektive strukturer i form af livsverden en central plads. Samtidig har jeg også *in mente*, at informanternes subjektive oplevelser bærer præg af nogle objektive strukturer, og navnlig den kontekst de subjektive oplevelser befinder sig i. Den hermeneutiske tilgang anvendes derfor med henblik på at forstå *meningsfulde fænomener*, der ligger bag informanternes aktiviteter og handlinger, og de meninger og betydninger angstramte tillægger fænomenerne. Ifølge Nils Gilje & Harald Grimen (2002: 164ff.), forudsætter forståelse af disse meningsfulde fænomener, at der skal finde en fortolkning sted. Det vil sige, at fænomenerne skal forstås i den kontekst, de fremstår i. Ved hjælp af en sådan kombination af den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang er det muligt kaste lys over både de subjektive strukturer og den sociale sammenhæng, som disse indtræder i.

For så vidt samspillet mellem subjektive og systemiske/strukturelle aspekter af den sociale virkelighed afdækkes, er dette ikke i uoverensstemmelse med *Adaptive Theory*-tilgangen, hvorfor jeg mener, at det er muligt at kombinere de to videnskabsteoretiske tankegange. Jeg vil dog allerede her påpege, at jeg ikke har til hensigt at følge de tilhørende procedurer og betingelser stringent, idet jeg bestræber mig på at forholde mig fleksibelt og reflektivt i forhold til tilgangenes anvendelighed i forhold til undersøgelsens problemstilling. Med andre ord drager jeg nytte af de relevante aspekter og perspektiver, som den fænomenologiske og hermeneutiske tradition tilvejebringer, og ser bort fra de mindre relevante idéer.

Den fænomenologiske tradition, som den er udviklet af Alfred Schutz, anvender bl.a. begreber om typifikation, der refererer til generelle processer, hvor mennesker karakteriserer objekter og aspekter af deres omgivelser og optager disse efter deres relevans. Denne typificering letter den sociale interaktion ved at muliggøre gensidig vekselvirkning af perspektiver mellem mennesker. Fokusset på den gensidige vekselvirkning af

perspektiver adskiller *Adaptive Theory* fra den fænomenologiske tradition. Jeg finder dette aspekt af den fænomenologiske tradition relevant i forhold til afdækning af processerne i interaktionerne mellem angstramte og behandlere, der finder sted i sygdomsfeltet, hvorfor jeg har valgt at tage højde for dette. På trods af denne forskel mellem tilgangenes fokus på sociale interaktioners betydning overlapper *Adaptive Theory* alligevel få af fænomenologiens væsentlige aspekter. Det gælder fx fokuset på livsverden/de subjektive strukturer (som blot udgør en mindre del af den sociale virkelighed ud fra *Adaptive Theory*) samt fælles fokus på måden, hvorpå personer simplificerer, forenkler og påtvinger visse mønstre i visse aspekter af deres sociale omgivelser gennem typifikationer (Layder 1998: 67).

Samtidig er jeg opmærksom på, at den enkelte angstramtes opfattelser og meninger skal forstås ud fra en overordnet kontekst, hvilket indebærer en fortolkning af deres udsagn. I forhold til fortolkning af informanternes udsagn finder jeg den hermeneutiske tilgang særlig hensigtsmæssig. Den hermeneutiske tradition har det til fælles med *Adaptive Theory*, at der lægges vægt på indhentning af en teoretisk forforståelse, som anses for at være nødvendig for overhovedet at kunne forstå meningsfulde fænomener, inden en sociologisk undersøgelse påbegyndes. I lighed med *Adaptive Theory*, betragtes den subjektive dimension som værende yderst essentiel i forståelsen af den sociale virkelighed (Layder 1998: 139). Samtidig sigter den hermeneutiske tilgang på at forstå fænomener ud fra en given sammenhæng eller kontekst, de udspiller sig i. Endvidere finder jeg *den hermeneutiske cirkel* (Gilje & Grimen 1997: 178) særlig brugbar i forhold til den foreliggende undersøgelse i den forstand, at der sker en kontinuerlig vekselvirkning mellem del og helhed; mellem det, jeg skal fortolke, og den kontekst, det fortolkes i, og mellem det, jeg skal fortolke, og min egen teoretiske forforståelse. Derimod adskiller den hermeneutiske tradition sig fra *Adaptive Theory* ved, at den betragter den sociale virkelighed som udelukkende bestående af intersubjektive meninger og kommunikation. Ifølge Layder, vil en sådan synsvinkel betyde, at andre centrale aspekter af det sociale liv, som ikke kan forstås ud fra den hermeneutiske fremgangsmåde, ikke kommer med i betragtningen. Det gælder eksempelvis sociale strukturer og systemer, ideologier, former for dominans etc. (Layder 1998: 139). På dette punkt afviger min indgangsvinkel således

ligeledes fra den hermeneutiske tradition, idet jeg inddrager de sociale strukturers betydning for angstramtes subjektive meninger og oplevelser.

2.4 Metodetriangulering

Ud fra de formulerede undersøgelsesspørgsmål i 1.7 *Problemformulering* og valget på *Adaptive Theory* kan der argumenteres for en anvendelse af en kombination af såvel kvalitativ som kvantitativ metode. Dette bunder i, at en sådan metodekombination er yderst velegnet i forhold til teoriudvikling, da det styrker og muliggør en mere sofistikeret analyse af den indbyrdes forbundenhed mellem den sociale virkeligheds makroskopiske og mikroskopiske karakteristiske træk, dvs. samspillet mellem aktør og struktur (Layder 1998: 68, 69, 142). Ifølge Ole Riis, lektor i sociologi, kan en metodekombination frembringe forskellige typer af informationer til belysning af forskellige aspekter af problemkomplekset fra forskellige synsvinkler og metodiske tiltag (Riis 2001: 114). Kvalitativt datamateriale kan frembringe righoldig, nuanceret subjektiv-orienteret information vedrørende de angstramtes forhold til behandlerne, og hvorledes de angstramte vurderer behandlingsforløbene. Kvantitativt datamateriale kan være ideelt til at udlede sammenhængen mellem fx sammenhængen mellem relationernes karaktertræk og vurdering af behandlingsforløbets effekt. Informationerne skal supplere hinanden indbyrdes og samtidig styrke valideringen af undersøgelsen (Riis 2001: 115). Dog skal den kvantitative del af undersøgelsen anvendes i beskrivende øjemed. Det vil sige, at jeg ikke har til hensigt at foretage multivariate analyser, men blot univariate og bivariate analyser (De Vaus 2002). Endelig lægges der større vægt på den kvalitative del og dermed mindre vægt på den kvantitative del.

2.4.1 Interviewundersøgelse

Individuelle dybdeinterviews

I forhold til valg af dataindsamlingsmetoden af den kvalitative del har mine overvejelser kredset om, på den ene side fokusgruppeinterviews bestående af ca. 3 deltagere og på den anden side individuelle interviews. På den ene side kan fokusgruppeinterviews være særligt velegnede til at tilvejebringe forskellige synspunkter, give mulighed for dynamikken i debatter og diskussioner mellem deltagerne og give plads til deltageres udveksling af sammenfaldende og forskellige oplevelser. Videre kan der implicit fungere

som en kontrol af deltagernes udsagn (dvs. højne graden af pålidelighed). På den anden side forudsætter fokusgruppeinterviews, at der er plads til, at samtlige informanter kan tilkendegive deres meninger, således at der kan finde en dynamisk vekselvirkning af oplevelser, synspunkter og holdninger sted. Dette kan være problematisk, idet jeg formoder, at nogle angstramte, navnlig de der lider af socialfobi, kan have svært ved at deltage aktivt, idet de kan være hæmmet på grund af en øget opmærksomhed på at blive kritisk iagttaget. Dette kan føre til en vis grad af passiv deltagelse. Af den grund har jeg valgt at benytte individuelle dybdeinterviews frem for fokusgruppeinterviewmetoden. En sådan indsamlingsmetode giver ligeledes mulighed for subjektivorienterede datamateriale og at gå i dybden med centrale tematikker. Hensigten med dybdeinterviewene er at indhente nuancerede udsagn fra informanterne. Idet jeg tager højde for vigtigheden af, at informanterne føler sig mest muligt trygge, er der visse praktiske anliggender, der er mulige ved individuelle interviews, herunder de fysiske rammer for interviewene.

Valg af informanter

Med henblik på at opnå størst mulig kontaktflade til frivillige deltagere har jeg henvendt mig til Angstforeningen⁸ via mail. Angstforeningen har efterfølgende henvendt sig til sine medlemmer, hvoraf fem af disse har kontaktet mig pr. mail. Da der ikke var flere henvendelser, blev de fem udvalgt til interviewundersøgelsen. Alle kriterierne for udvælgelsen var opfyldt, nemlig at de naturligvis lider eller har lidt af angst; at de er 18 år eller derover; og at de er eller har været i professionel behandling for angst. Selvom varighed af kontakten til den enkeltes behandler formodentlig har en signifikant betydning for forholdet mellem den angstramte og behandleren, har jeg valgt at undlade at anven-

8 Ifølge Angstforeningens hjemmeside (www.angstforeningen.dk) er Angstforeningen en landsdækkende patientforening for angstramte, der varetager medlemmernes interesser, øger kendskabet til og viden om angstlidelser samt behandling herfor. Patientforeningen medvirker til: 1) At udøve oplysende, rådgivende og undervisende virksomhed; 2) At igangsætte og opretholde initiativer, der kan yde støtte til angstramte og de angstramtes pårørende; 3) At bedre sociale og arbejdsmæssige forhold for angstramte; 4) At bedre behandlingsmæssige forhold for angstramte; 5) At varetage fælles interesser over for myndighederne og offentligheden; 6) At fjerne myter og fordomme omkring angstlidelser; 7) At støtte forskning inden for angstområdet; og 8) At repræsentere Danmark i udenlandske organisationer med lignende formål. Umiddelbart oplyser hjemmesiden ikke om antallet af medlemmer og antallet af brugere på hjemmesiden.

de dette som et kriterium, fordi det kan medføre en alt for snæver begrænsning på udvalget af informanter.⁹

Udarbejdelse af interviewguide

Med henblik på en fyldestgørende belysning af undersøgelsens problemstilling afspejler interviewguiden også dette sigte (jf. Bilag 10). For at opnå en relativ balance mellem teoriens og empiriens plads i udviklingen af en adaptiv teori er interviewguiden er semi-struktureret. Det betyder, at den indeholder overordnede temaer såvel som hjælpe-spørgsmål. De overordnede temaer består af: sygdomsforståelse, de kommunikative og relationelle aspekter mellem disse og deres respektive behandlere. Da jeg er opmærksom på, at teoretiske begreber formentlig kan være uforståelige for informanterne, har jeg nedbrudt disse til spørgsmål for at gøre disse tilstrækkeligt forståelige i en hverdaglig kontekst.

Ifølge Steiner Kvale (1997: 136ff.) er der ni forskellige typer af interviewspørgsmål. Af disse har jeg valgt at benytte mig af *indledende spørgsmål, opfølgende spørgsmål, sondrende spørgsmål, direkte og indirekte spørgsmål, strukturerende spørgsmål og fortolkende spørgsmål*. Tavshed anvendes for at give plads til informanternes egne skildringer, samt til at den enkelte informant kan sondre og reflektere over et givent spørgsmål, inden denne besvarer spørgsmålet.

Interviewprocessen

Angst er en lidelse, som formentlig medfører en følelse af skam hos bæreren af denne lidelse, fordi lidelse let kan forbindes med svaghed, dårlighed og mindreværd (Veikko 1984: 18). Det er meget sandsynligt, at angstramte opfatter sygerollen som skamfuld og ydmygende som følge af deres passivitet, behov for behandling samt dét at være afhængig af andre. I og med der er sandsynlighed for, at den angstramte generelt set kan føle sig mindreværdig i forhold til andre, skal der gives særlig opmærksomhed til denne

⁹ Ikke desto mindre har jeg til hensigt at anvende behandlingsforløbets varighed som en kontrolvariabel i analysen af den kvantitative undersøgelse.

'sårbarhedsfaktor'. Med henblik på at undgå at interviewsituationen skal udvikle sig til en asymmetrisk samtale, efterstræbes en ligeværdig intersubjektiv samværsrelation. Videre har jeg til hensigt at fremhæve, at det er de pågældende angstramtes skildringer, der har størst betydning.

De fysiske rammer for interviewet vurderes til at have væsentlig betydning for interviewets forløb, navnlig i forhold til angstramte. I og med personer med angstlidelse, især agorafobi, kan føle sig utrygge ved fx at bevæge sig udenfor hjemmet, har samtlige interviews fundet sted hjemme hos informanterne. Af hensyn til de etiske retningslinjer er samtlige interviews blevet indledt med vigtige oplysninger til informanterne om, at de deltager under informeret samtykke, dvs. at de informeres kort om undersøgelsens indhold og formål, samt at de deltager frivilligt. Videre oplyses de om, hvorledes deres anonymitet og fortrolighed sikres, herunder interviewene transskriberes på en sådan måde, at personfølsomme oplysninger ikke kan spores tilbage til enkeltpersonen. Trods der ikke umiddelbart er belæg for at spørgsmålene i interviewguiden er for ubehagelige, er der stadig en risiko for at nogle af spørgsmålene kan føles som sådan blandt nogle af deltagerne. Såfremt nogle af spørgsmålene opleves for ubehageligt for den enkelte deltager, vil denne naturligvis få mulighed for at undlade at svare. Sidstnævnte er et vigtigt aspekt at tage hensyn til, især når det drejer sig om informanter med angst, idet interviewsituationen nødtigt skulle få negative konsekvenser for informanterne bestående af fx stress (Kvale 1997: 116ff.).

Transskribering – fra tale til tekst

Interviewene er blevet optaget via en MP3-afspiller, hvilket kan sammenlignes med en traditionel båndoptagelse. Under en transskribering flyttes én kontekst til en anden, og dette indebærer, at der skal tages højde for en række vurderinger og foretages nogle beslutninger for at sikre transskriptionernes reliabilitet samt validitet (Kvale 1997).

Først og fremmest indebærer hensynet til det etiske spørgsmål vedrørende informanternes krav om fortrolighed, at oplysninger, der kan spores tilbage til informanterne,

sløres. For det andet tager vurderingerne afsæt i, hvilke formål transskriptionerne skal tjene. Transskriptionerne skal danne grundlag for dels en analyse af informanternes subjektive erfaringer, holdninger og meninger vedrørende de to undersøgelsesspørgsmål, og dels en udarbejdelse af spørgeskema til den kvantitative undersøgelse. Med andre ord vægtes interviewdeltagernes subjektive opfattelse højt. For det tredje afhænger transskriptionsstilen også af, hvilket publikum, også kaldt modtagere, transskriptionerne henvender sig til. Dette publikum udgør dels interviewdeltagerne, som får mulighed for at gennemse transskriptionerne, dvs. bekræfte eller afkræfte at deres udsagn er gengivet korrekt og i en tilstrækkelig dækkende form, som en yderligere validering af transskriptionerne. Dels består modtagerne af vejleder samt eksaminator. Under transskriberingen bliver udsagnene så at sige revet ud af en kontekst, hvor ansigtsudtryk, gestus, mimik samt indforståethed ikke inkluderes. I forhold til andre kan præcise og ordrette gengivelser af det mundtlige sprog som oftest forekomme uforståelige og usammenhængende og i sidste ende være uden mening. En sådan transskriptionsstil kan i værste fald have en fremmedgørende effekt for interviewdeltager, for så vidt de ikke kan genkende deres udsagn, eller at transformationen fra mundtlig sprog til tekst kan give en antydning af at informanterne syner mindre intelligent, end de rent faktisk er. Dette er følgelig uhensigtsmæssigt. Ved nærmere overvejelse foretrækkes en transskriptionsstil, der er præget af en flydende, læsevenlig og sammenhængende tekst med mindst mulige afbrydelser i form af fx pauser, gentagelser etc. Dét, at informanternes beretninger får en så central plads, indbefatter også, at jeg ikke medtager interviewers diverse tilkendegivelser for forståelse over for informantens udsagn, som fx 'ja', 'okay', 'hmmm...'. Naturligvis vil transskriptionerne indeholde de spørgsmål, fra interviewer til den enkelte informant, der sigter på uddybning. I tilfælde af at lydkvaliteten er så ringe, at nogle af udsagnene bliver utydelige og dermed vanskelige at gengive i skriftlig form, vil dette blive noteret. Jeg vil dog forsøge at formindske omfanget af dette ved en reliabilitetskontrol, hvilket betyder, at optagelserne aflyttes en ekstra gang efter transskriberingen med henblik på at tjekke overensstemmelsen mellem optagelserne af interviewene samt transskriptionerne.

Efterrationalisering af interviewundersøgelsen

For at sikre begrebsvaliditeten har jeg forsøgt at opretholde denne under udarbejdelsen af interviewguiden ved at benytte forskellige datakilder. Jeg har forsøgt at højne begrebsvaliditeten mest muligt ved at få en nøgleperson samt min vejleder til at gennemlæse interviewguiden, hvor jeg efterfølgende har fået en del konstruktiv kritik som er blevet implementeret. Gennem et pilotinterview har jeg fundet ud af, at nogle enkelte spørgsmål har været vanskelige for pilotinformanten at besvare. Det gælder fx spørgsmålene om, hvilken betydning tillid og tryghed har i forholdet til behandleren, og især hvordan pilotinformanten har opnået tillid. Jeg mener dog ikke, at årsagen skal findes i selve disse teoretiske begreber, fordi disse udspringer fra en empirisk undersøgelse foretaget af Mechanic & Meyer (2000). Pilotinformantens problemer med at besvare spørgsmålene kan skyldes dét, spørgsmålene i høj grad fordrer refleksion, hvilket kan have vakt vanskeligheder på grund af pilotinterviewets varighed. Efter hvert interview har jeg videre adspurgt informanterne om deres umiddelbare opfattelse af spørgsmålenes formuleringer, hvor jeg har fået en del positive tilbagemeldinger. I forhold til data-trianguleringen har samtlige informanter gennemlæst transskriptionerne, og disse har ikke haft nogen indvendinger såsom ændringer til transskriptionernes indhold, misforståelser og lignende.

I forhold til udvælgelsen af informanten har mine muligheder for dette som nævnt været begrænset. Jeg har ikke selv stået for udvælgelsen men har fået hjælp af Angstforeningen. Det har derfor ikke været muligt for mig at have indflydelse på udvælgelsen i forhold til køn. Aldersfordelingen i informantgruppen, som strækker sig fra 19-49 år, har været fordelagtig, fordi det har medført nuancerede og varierende udsagn og skildringer.

På den ene side har *Adaptive Theory's* fleksible tilgang været frugtbart i forhold til interviewundersøgelsen. I og med, at interviewguiden har været semistruktureret, har det givet mulighed for at inddrage andre aspekter fra den empiriske dataindsamling. Eksempelvis fandt jeg frem til, allerede ved det første interview, at den pågældende infor-

mant havde brugt mange ressourcer på at søge information om angst og angstbehandling, og denne informationssøgning blev sat i gang på grund af en ren tilfældighed. Dette var en oplysning, jeg ikke havde taget højde for i interviewguiden. Spørgsmålet om, i hvor stort et omfang angstlidte selv indhenter information om deres lidelse, blev efterfølgende implementeret som et yderligere emne i interviewguiden. Samtidig var det overraskende, at påbegyndelsen af søgning og indhentning af information om angstlidelse i grunden skete ved en tilfældighed. Dette aspekt valgte jeg at følge op på, da jeg betragter det som én af flere måder, hvorpå angstramte forsøger at håndtere en barriere beroende på manglende information om angst og angstbehandling. På den anden side har fokuset på udvikling eller videreudvikling af begreber betydet, at perspektivet har været temmelig bredt, hvorfor det har krævet yderligere tid at gå i dybden med interviewguidens emner. Det kan være en ulempe tidsmæssigt, idet enkelte interview har forløbet sig langt over den fastsatte grænse på halvdelen time, der i forvejen er ganske lang. I forhold til undersøgelsens reliabilitet er jeg opmærksom på, at jeg kunne have opnået en højere reliabilitet, hvis jeg havde haft mulighed for at interviewe informanter over tid.

2.4.2 Spørgeskemaundersøgelse

Valg af respondenter samt distribution af spørgeskema

Den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse er foretaget ved hjælp af SurveyXact. Til at begynde med henvendte jeg mig til Angstforeningen med en forespørgsel om at få et link til spørgeskemaet vist på deres hjemmesides forside. Dette er tilsyneladende i strid med deres procedurer. I stedet blev jeg opfordret til at oprette mig som bruger og derved få adgang til deres forum, hvor jeg kunne tilskynde forummets brugere til at deltage i undersøgelsen. Et indlæg indeholdende en kort beskrivelse af undersøgelsens formål og link til spørgeskemaet blev efterfølgende placeret under emnet *Oplysning*. Tre uger efter havde jeg blot 23 komplette/gennemførte besvarelser. Antallet af besvarelser var langt fra tilfredsstillende, hvorfor jeg atter henvendte mig til Angstforeningen for at undersøge andre alternativer for distribueringen af spørgeskemaerne. Muligheden for at indsætte et link på deres forside var fortsat udelukket, dog var Angstforeningen behjæl-

pelig med at videresende endnu en opfordring til deltagelse blandt gruppeterapi-deltagere via de enkelte gruppeledere. Samtidig med dette oprettede jeg mig som bruger i OCD-foreningens forum med samme fremgangsmåde og distributionsform, som det var tilfældet ved Angstforeningen.

Spørgeskemaerne blev distribueret gennem selvoprettelse og var åbent for besvarelse i omtrent en måned. Denne distributionsform anvendes hyppigst og er kendetegnet ved, at respondenterne opretter sig selv ved at klikke på et link, som automatisk sender respondenterne videre til besvarelse af spørgeskemaet. Jeg har valgt denne distributionsform, fordi respondenterne ikke behøver at angive deres e-mail for at kunne deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Derved betones respondenternes anonymitet, hvilket formentlig kan forhindre, at en del respondenter undlader at besvare spørgeskemaet, fordi de formodentlig holder sig tilbage på grund af usikkerhed over, hvorvidt anonymiteten bliver opretholdt. Dette kan være en mulighed, på trods af, at jeg indledningsvist har beskrevet, hvordan deres anonymitet og fortrolighed opretholdes.

Udarbejdelse af spørgeskema

Spørgeskemaet er udarbejdet i overensstemmelse med interviewguidens indhold (jf. *Udarbejdelse af interviewguide*). Det vil sige, at nogle af de udvalgte temaer i interviewguiden også indgår i spørgeskemaet, samt at det bygger på min forforståelse. Dette, for at sikre, at de samme emner ligeledes bliver belyst i det kvantitative datamateriale (se Bilag 3). Samtidig rummer spørgeskemaet, i modsætning til interviewguiden, spørgsmål vedrørende respondenternes baggrund, herunder køn, alder og primær beskæftigelse, fordi jeg har til hensigt at undersøge sammenhængen mellem deres baggrund og de forskellige afhængige variable. Spørgeskemaets temaer kommer i den rækkefølge, som er vist nedenfor:

1. Indledning (respondenten informeres om undersøgelsens tema, formål og anvendelse, anonymitet og fortrolighed).

2. Spørgsmål vedrørende respondentens baggrund/socioøkonomiske forhold, herunder køn, fødselsår, civilstand, uddannelse, beskæftigelse og indkomst.
3. Respondentens subjektive oplevede angsttilstand, herunder debut, og om denne har fået diagnosticeret sin angsttilstand.
4. Respondentens indhentning af information (om angst og angstbehandling), initiativ til at søge og tage kontakt til andre behandlere.
5. Respondentens erfaring vedrørende relationen til de professionelle behandlere (egen læge, evt. praktiserende psykolog og psykiater).
6. Afsluttende spørgsmål til respondenter, om jeg må kontakte denne for yderligere oplysninger, og om respondenter ønsker at se den færdige rapport.
7. Afsluttende kommentarer med tak for deltagelse.

Variablene til måling af respondenternes socioøkonomiske forhold, som omtalt i pkt. 2 udgør de uafhængige variable. Disse tilvejebringer vigtige informationer om respondentens karakteristika (De Vaus 2002: 95ff.). De i pkt. 3 variable skal dels fungere som en yderligere kontrol af, hvorvidt de enkelte angstramte opfylder kriterierne for udvælgelsen, samt dels til at belyse deres subjektive vurdering af angsttilstanden/-tilstandene. Pkt. 4 indeholder enkelte indikatorer, der måler respondentens aktiviteter vedrørende oplysninger om angst, angstbehandling, andre behandlere, og disse har til formål at belyse nogle af aspekterne ved angstramtes håndtering af barrierer, som drejer sig om den formodede manglende formidling fra behandlernes side. Pkt. 5 udgør parametre, der skal måle de afhængige variable. Det vil sige, hvilke erfaringer og oplevelser, respondenter har, af relationen til de enkelte behandlere samt deres grad af tilfredshed i behandlingsforløbet hos de enkelte behandlere. Eksempelvis drejer nogle af disse spørgsmål sig om, i hvilken grad respondenter oplever, at der er enighed mellem denne og behandleren. Andre indikatorer er oplevelse af bl.a. tillid og gensidig respekt.

Spørgeskemaet består videre af spørgsmål med lukkede og åbne svarmuligheder. Formålet med de åbne spørgsmål er at der gives plads til, at respondenterne kan uddybe deres oplevelser vedrørende forholdet mellem de forskellige behandlere m.m.

Pilottests

Inden spørgeskemaundersøgelsen blev åbnet for deltagelse, er spørgsmålenes anvendelighed, i forhold til hvorvidt disse fungerer efter hensigten, blevet kontrolleret via pilottest. Det gælder altså spørgsmålenes/variablenes gyldighed, om de måler det, som de har til hensigt at måle. I kraft af, at jeg undersøger angstramtes behandlingsforløb, finder jeg det mest hensigtsmæssigt, at det også er angstramte, der skal indgå i pilottestene. Derfor har jeg henvendt mig til informanterne for at høre, om de er interesserede i at medvirke i pilottestene af spørgeskemaet. Alle fem har været en stor hjælp i denne proces. Jeg har fået mange konstruktive kommentarer. For eksempel havde jeg valgt at anvende de beskrivende definitioner af angsttilstandene frem for betegnelsen af dem (fx socialfobi, agorafobi og panikangst). Men enkelte af informanter har ment, at disse beskrivelser kan være tidskrævende og derfor med fordel kunne omformuleres. Efterfølgende valgte jeg at anvende selve betegnelserne for angsttilstandene. Samtidig har jeg ved de første par interviews fundet ud af, at begrebet invaliderende kan være uforståeligt, hvorfor jeg inkorporerede en kort definition af begrebet i spørgeskemaet. Ved flere af spørgsmålene har jeg valgt at give respondenterne mulighed for at placere deres svar mellem polerne, hvilket betyder, at de ikke bliver tvunget til at tage stilling. Ifølge pilottesterne kan det være en fordel, navnlig fordi enkelte angstramte kan have vanskeligt ved at placere svarene enten i den negative eller positive pol. Derudover har der været lettere modificeringer af spørgsmålene som følge af de konstruktive tilbagemeldinger.

Efterrationalisering af spørgeskemaundersøgelsen

Min hensigt med spørgeskemaundersøgelsen har været at undersøge sammenhængene styrke mellem udvalgte variable. Det gælder fx sammenhængen mellem respondenternes opfattelse af forholdet til de enkelte behandlere og tilfredshed med behandlingens effekt på deres angsttilstand, samt sammenhængen mellem baggrundsvariablene og holdninger. Jeg har derfor efterstræbt at konstruere spørgsmålene med udgangspunkt i respondenternes subjektive opfattelser og holdninger. Retrospektivt kan jeg se, at der har været nogle af spørgsmålene som med fordel alligevel kunne have været formuleret anderledes og mere præcist. Ved nogle af spørgsmålene kunne jeg have tvunget respon-

denterne til at tage stilling til enten et positivt eller et negativt udsagn. Men dette, formoder jeg, kan være uhensigtsmæssigt under dataindsamlingen, fordi jeg efterfølgende har fundet ud af, at angstramte kan have sværere vanskeligheder med at besvare spørgeskemaer end andre. For så vidt, at de var blevet tvunget til at tage stilling til samtlige holdningsspørgsmål, kunne risikoen for bias muligvis være blevet forøget. Omvendt har jeg fundet de åbne spørgsmål særdeles brugbare, idet jeg synes, at der er kommet en række interessante udsagn frem, som inddrages i analysen. Flere af respondenterne gjorde brug af denne mulighed.

I forhold til undersøgelsens reliabilitet er jeg opmærksom på, at en højere ekstern reliabilitet kunne opnås, såfremt jeg havde udvidet undersøgelsen med et longitudinalt sigte, således at forklaringsretningen kunne blive fastslået mere præcist. Dette har jeg dog af gode grunde været forhindret i. En anden problematik angår analysen af det kvantitative datamateriale. I og med antallet af besvarelser ikke har været fuldt ud tilfredsstillende, har jeg måtte tage en del forbehold for spørgeskemaundersøgelsens resultater. Stikprøvens størrelse har vanskeliggjort analyseprocessen, idet jeg måtte samle nogle af svarkategorierne for at få størst mulige anvendelsesmuligheder, analytisk set. Visse sammenhænge har været mindre brugbare på grund af manglende på besvarelser, og omvendt har jeg kunnet inddrage andre sammenhænge, som ligger inden for 95 %-sikkerhedsintervallet og dermed har et højt signifikansniveau. En sidste problematik drejede sig om analysens struktur. Jeg har efterstræbt mig på at holde mig til forklaringsretningen på bedst mulig vis, men har fundet det vanskeligt at holde de forskellige aspekter af den sociale virkelighed fuldstændigt adskilt fra hinanden i analysedelene. Eksempelvis har nogle af mine neologismer vakt problemer, idet jeg har haft svært ved at kategorisere dem efter Layder's inddeling af begrebsindikatorerne. Denne problematik samler jeg op på i henholdsvis i redegørelsen for min adaptive teori.

2.5 Analysemetode

Ud fra den betragtning, at *Adaptive Theory* trækker på aspekter af forskellige teoretiserende tilgange såsom deduktion og induktion, samtidig med at den fokuserer på objektive strukturer, relationer og aktørers subjektive holdninger, adskiller den sig fra andre

tilgange. For at skabe overblik over de forskellige begrebsindikatorer og begrebstyper, anskueliggøres dette trin for tin. Endelig vil jeg redegøre for, hvordan jeg er kommet frem til min adaptive teori gennem de forskellige elaboreringsprocesser.

2.5.1 Begrebsindikatorer

Med henblik på udviklingen af en adaptiv teori vedrørende undersøgelsens problemstilling har jeg valgt at tage udgangspunkt i Layder's begrebsindikatorer, hvilket afspejles i min analysestrategi. Layder's begrebsindikatorer består overordnet set af: adfærdsmæssige, mellemliggende, strukturelle/systemiske, og teoretiske begrebsindikatorer (Layder 1998: 83ff.). De teoretiske begrebsindikatorer kan imidlertid udgøre en hvilken som helst af de tre andre former for begrebsindikatorer.

Systemiske/strukturelle begrebsindikatorer henviser primært til reproducerede aspekter af sociale relationer som strækker sig over tid og rum, fx institutioner, sprog, kultur og forskellige former for viden. Disse begrebsindikatorer skal derfor ikke forveksles med fx social adfærd i sig selv, personers intersubjektive oplevelser og erfaringer og interaktioner, selvom sidstnævnte opretholder og reproducerer de systemiske/strukturelle aspekter af den sociale virkelighed. Et væsentligt aspekt af de systemiske/strukturelle begrebsindikatorer er, at de sammenknyttes med magtrelationer, kontrol og dominans. Alle former for reproducerede sociale relationer, sådan som de er afspejlet i konteksten af sociale aktiviteter og handlinger, er tæt sammenvævet med de bagvedliggende kræfter og praktikker, der understøtter dem på varierende vis og er derfor forbundet med forskellige former for magt og magtrelationer (Layder 1998: 88ff.).

De adfærdsmæssige begrebsindikatorer anvendes i vid udstrækning og er formentlig også de mest anvendte i social forskning. De er oftest knyttet til distinktioner mellem deltagertyper eller sociale kontekster. Samtidig refererer denne type af begrebsindikator til kvaliteten af interpersonelle relationer i specifikke sociale omgivelser, og de betydninger og fortolkninger personer tillægger disse. I forhold til nærværende undersøgelse udgør de udvalgte teoretiske begreber; sygdomsforståelse samt sygdomsadfærd, adfærdsmæssige begrebsindikatorer. En udredning af samspillet mellem systemi-

ske/strukturelle og subjektive strukturer forudsætter dog, at adfærdsmæssige begrebsindikatorer knyttes til mellemliggende eller systemiske/strukturelle begrebsindikatorer, hvorfor de adfærdsmæssige begrebsindikatorer ikke kan stå alene. På den måde bliver det muligt at anskueliggøre den sociale virkelighed fra flere vinkler (Layder 1998: 83ff.).

Mellemliggende begrebsindikatorer skal ses i lyset af både adfærdsmæssige og systemiske/strukturelle begrebsindikatorer. De mellemliggende begrebsindikatorer spiller en væsentlig rolle i sammenkoblingen mellem de adfærdsmæssige og systemiske/strukturelle aspekter, mellem objektive og subjektive fænomener af den sociale virkelighed, idet de repræsenterer en ligevægtig, syntetisk kombination af disse to former for begrebsindikatorer (Layder 1998: 92, 93). Eksempelvis kan begreberne behandler og patient betragtes som mellemliggende begreber, fordi de udgør typifikationer af sociale aktører, der er positioneret i forhold til magtforskelle. Begrebet sygdomsadfærd kan videre anvendes som et mellemliggende begreb, idet sygdomsadfærden kan ske i hverdagslivets sociale kontekst, lige såvel som den kan være indrammet af nogle overordnede principper og normer, der er gennemgående i samfundet. Det gælder fx compliance (jf. afsnit 3.5.1 *Compliance og non-compliance*). I relationen mellem patient og behandler mødes de objektive og subjektive strukturer, dvs. at relationen påvirkes af såvel strukturelle rammer som subjektive meninger, opfattelser og holdninger etc.. Blandt flere teoretikere, hvis begreber kan betragtes som mellemliggende, er Pierre Bourdieu. Flere af hans begreber kan siges at være en sammenkobling af objektive og subjektive strukturer, herunder især begrebet *habitus, felt og kapital* (Bourdieu 1977).

Nedenstående tabel 2.2 giver et overblik over Layder's begrebsindikatorer, samt hvilke aspekter af den sociale virkelighed de enkelte begrebsindikatorer henviser til.

Tabel 2.2: Begrebsindikatorer og kobling til aspekter af den sociale virkelighed (Layder 1998: 85).

Begrebsindikatorer	Aspekter af den sociale virkelighed	Eksempler på begreber og aspekter af den sociale virkelighed fra egen teoretisk forforståelse
Adfærdsmæssig	Deltagertyper, interpersonelle fænomener, adfærd, kommunikationer, selvidentitet, interaktioner.	Sygdomsforståelse, hverdagssygdomsadfærd.
Systemisk/strukturel	Reproducerede sociale relationer, praktikker, positioner, rammer og kontekster for adfærd: bureaukrati, organisationstyper.	Organisering af behandling; Sygeskringsaftaler; behandlingssystemets ressourcer; Viden og magt
Mellemliggende	(a) Objektive-subjektiv dualitet: 'karriere', 'emotionel arbejde'. (b) Typifikationer af sociale aktørers adfærd. (c) Sociale relationer der er stærkt påvirket af system.	Relationen mellem patient og behandler; Sygdomsadfærd, herunder Compliance og non-compliance; patient, behandler.
Generelle eller teoretikers	En hvilken som helst af de ovenfor nævnte.	

Begrebernes formål er at belyse forskellige aspekter af den sociale virkelighed. Det vil sige, at begreberne kan betragtes som redskaber eller hjælpemidler i analyseprocessen. Ved hjælp af disse kan det blive muligt at belyse og analysere objektive, subjektive og samspillet mellem disse strukturer. Og gennem et øget fokus på disse begrebsindikatorer, kan dette tilføje analysen en yderligere dimension og skabe et mere righoldigt og kompakt indhold i analysen. En øget opmærksomhed på begrebsindikatorerne kan være særlig velegnet, da det kan lette genereringen af koder (i kodningsarbejdet af kvalitative data) og begreber. En øget årvågenhed og opmærksomhed på begrebsindikatorernes forbindelsesled og sammenhænge kan bidrage til en multi-strategisk analytisk tilgang. Det bidrager til en øget forståelse af de forskellige typer af sammenhænge mellem begreberne og sociale fænomener og giver stof til teoretisk eftertanke og forestillinger. Det giver mulighed for, at forskeren kan få indsigt i de indbyrdes sammenhænge mellem aktør-struktur og makro-mikro i forhold til bestemte substantive områder, emner og problemer. Det muliggør processen i sammenkoblingen mellem emergerende teori og eksisterende eller *a priori* teori. Endelig kan en øget opmærksomhed omkring

begrebsindikatorerne m.m. fremme udviklingen af provisionale, foreløbige teoretiske modeller, som kan guide og gennemtrænge analysen, og på samme tid give plads til fremkomsten af data og teoretiske idéer, der kan føre til omformning, tilpasning, bearbejdning og revidering af disse midlertidige, foreløbige modeller. (Layder 1998: 97ff.).

2.5.2 Begrebstyper

De orienterende begreber har to vigtige egenskaber, nemlig deres dobbeltsidet 'natur' og deres tilknytning til sociale processer. Deres dobbelte 'natur' vedrører deres dobbelte reference til objektive og subjektive aspekter af social liv i den forstand, at de er i stand til at opspore sociale aktiviteter og begivenheder over tid og rum. Orienterende begreber kan anvendes som igangsættere for udviklingen af teori i en del af undersøgelsen. Disse begreber kan for det første blive trukket frem af en eksisterende teoretisk ramme eller et overordnet videnskabsteoretisk perspektiv. Sidstnævnte overlapper en anden kilde, mere præcist specifikke teoretikers arbejder, der muligvis kan associeres med deres anvendelse af bestemte begreber, fx Bourdieu's begreb om habitus og Michel Foucault's anvendelse af magt-begrebet. Hovedsagen er, at disse begreber, uanset hvad, kan blive udvalgt fra eksisterende teori og anvendt som bagvedliggende begreber til at guide de begyndende stadier af det nye undersøgelsesprojekt. De kan betragtes som foreløbige redskaber til at skabe orden i data, på trods af, at de kan undlades i det lange løb (Layder 1998: 108f.). Det vil sige, at orienterende begreber gør det muligt at få en midlertidig pejling på et givent meningsfuldt datamønster.

Endelig kan orienterende begreber fra bestemte substantive eller empiriske områder af social analyse såsom medicin inddrages, i hvilke begreberne hyppigt anvendes i forbindelse med bestemte emner (Layder 1998: 100f.). Sidstnævnte kilde til udvælgelse af orienterende begreber har i vid udstrækning været anvendt i forhold til nærværende undersøgelse. Det vil sige, at mit foreløbige teoretiske indblik i undersøgelsesfeltet primært hviler på teoretiske begreber udledt af empiriske undersøgelser inden for sygdomssociologi, bl.a. kommunikationen og relationen mellem patient og behandler, forskellige forståelser af sygdomsadfærd og sygdomsforståelse, og disse ud fra en række forskellige positioner såsom neo-marxistisk, socialkonstruktivistisk, situationel adaptiv-

perspektiv og fænomenologisk. Derudover har litteraturgennemgangen omfattet andre sociologiske teorier, herunder tabuisering, marginalisering og stigmatisering, som nødvendigvis ikke eksplicit omhandler det sygdomssociologiske felt, men som alligevel kan være hensigtsmæssige at inddrage.

Sekundært har jeg videre fået indblik i undersøgelsesfeltet gennem lånte teoretiske begreber og indfaldsvinkler fra nærliggende faglige discipliner på grund af deres relevans og potentiale som orienterende begreber. Eksempelvis har jeg fundet Michael Balint's¹⁰ værk *The Doctor, his Patient and the Illness* (1964) særligt frugtbart i forhold til undersøgelsens problemstilling. Selvom Balint's værk ikke udspringer specifikt fra det sygdomssociologiske felt som sådant men blot overlapper det sygdomssociologiske felt, handler værket om relationen mellem patienten og behandleren, herunder mulige komplikationer og potentialer for opbygning af en velfungerende relation mellem individerne. Ifølge Layder repræsenterer orienterende begreber og teoretiske forståelser fra nærliggende faglige discipliner 'satellit'-områder af etablerede undersøgelser og studier, der kredser om undersøgelsesfeltet. I forhold til undersøgelsens problemstilling overlapper disse discipliner hinanden og kredser om undersøgelsens omdrejningspunkt (jf. evt. Layder 1998: 105).

Jeg har bestræbt mig på at bibeholde en åben tilgang til uforudsete muligheder, der kan foreligge i de eksisterende teoretiske tekster med henblik på at finde frem til de orienterende begreber. Med andre ord har jeg ikke læst den eksisterende litteratur ud fra den betragtning, at de er lukkede og færdige produkter, og at disse ikke er tilgængelige for omfortolkning og revurdering. Tværtimod har jeg læst dem med henblik på at undersøge deres muligheder og potentialer, førend den egentlige udvælgelse af specifikke begreber som orienterende begreber finder sted (jf. evt. Layder 1998: 103).

¹⁰ Michael Balint (1896-1970) var uddannet psykoanalytiker og leder af de såkaldte Balint Groups. Formålet med Balint Groups er rettet mod medicinsk praktiserende med henblik på at transformere usikkerhed og vanskeligheder i behandler-patient-relationen til en øget forståelse og meningsfuldhed, der fremmer den terapeutiske alliance mellem klinikerne og patienten.

Undervejs i min søgen efter velegnede orienterende begreber, har jeg forsøgt at identificere nøglebegreberne i henhold til problemstillingen. Disse kan udgøre en foreløbig forankring i denne søgen efter orienterende begreber. Ifølge Layder kan *key concepts* være repræsenteret i litteraturen som grundlæggende organiserende idéer i betydning af, at de er empirisk testede forklaringer og redegørelser af den pågældende adfærd, begivenhed eller data. Imidlertid er disse nøglebegreber ikke nødvendigvis teoretisk funderet men kan lige såvel være udledt af hverdagsantagelser. De kan udgøre ord, fraser, ramme etc., der repræsenterer etablerede og tilbagevendende måder at omtale det pågældende undersøgelsesområde. I denne betydning betragtes de som *key organizing principles of that substantive area* (Layder 1998: 104). De enkelte orienterende nøglebegreber, som jeg har identificeret og fundet særlige anvendelige i forhold til analysen af nærværende undersøgelse, har rod i sygdomssociologiske teorier og udgør sygdomsadfærd, sygdomsforståelse og patient-behandler-relationen.

På trods af, at hensigten med de orienterende begreber er at anspore undersøgelsens kurs og teoretisk tænkning, skal de udelukkende i deres natur betragtes som foreløbige. På den ene side kan de originale eksisterende begreber miste betydning, efterhånden som mere og mere empirisk data indsamles, og dermed blive udeladt, især hvis der er fundet et mere velegnet begreb. På den anden side kan disse føre til nye idéer og begreber med større forklaringskraft og beskrivende kraft, der er bedre egnet til at afdække undersøgelsens problemstilling. Dette betyder, at de orienterende begreber, for det første, er potentielt undværlige i det lange løb, og for det andet, at de ikke har en forudfattet form som er statisk og uforanderlig i det korte løb. Layder understreger vigtigheden af, at disse begreber ikke skal dominere analysen. Orienterende begreber skal altid inddrages fleksibelt ved at have den løbende dataindsamling eller opdukkende teoretiske idéer for øje og må derfor ikke blive 'ukrænelige' eller dele af en analytisk doktrin, hvilket kan have en hæmmende effekt på nye idéer og begreber (Layder 1998: 112f.).

Blandt de potentielle orienterende begreber, jeg er stødt på i den sygdomssociologiske litteratur, der beskriver forholdet mellem behandler og patient, er Taussig's begreber

om tingsliggørelse og fremmedgørelse; Mechanic's begreb om *trust* eller tillid mellem behandler og patient; samarbejdsrelation, asymmetrisk relation og samhørighedsrelation. Andre potentielle orienterende begreber omhandler patienters sygdomsadfærd, herunder *containment* (Alonzo 1984), akut og kronisk sygdomsadfærd (Strauss 1990), hverdagssygdomsadfærd, coping (Antonovsky & Schuval 1973) og undgåelsesadfærd. Efterhånden som det empiriske data er blevet indsamlet, er nogle af disse fundet mere relevante end andre, hvorfor jeg har valgt at drage nytte af de mest velegnede og undladt at bruge andre i analysen af problemstillingen (jf. 2.5.3 *Teoretisk elaborering*).

Udover orienterende begreber anvender Layder *sensitizing concepts* (Layder 1998: 109), som han har hentet fra Blumer. Denne begrebstype er ikke så præcist defineret som de såkaldte definitive begreber og er ikke knyttet til en rigid objektiv videnskabelig tilgang såsom positivismen. Ud fra Layder's forståelse er det denne fleksibilitet ved de **sensitiverende** begreber, som jeg har valgt at benævne dem, der kendetegner deres lighed med orienterende begreber. Denne fleksibilitet, der er karakteristisk ved orienterende begreber er en del tydeligere, sammenlignet med de sensitiverende begreber, fordi de orienterende begreber ikke er underlagt forestillingen om, at sociale analyser blot drejer sig om at analysere eller fortolke sociale aktørers meninger (Layder 1998: 109). Sensitiverende begreber er omvendt mere fleksible og udviklede til den foranderlighed og uforudsethed, som er kendetegnende for menneskelig adfærd, og er derfor ikke underlagt universelle lovmæssigheder. De sensitiverende begreber, som jeg har valgt at anvende i forhold til at belyse undersøgelsens problemstilling, er følgende:

- Barrierer og muligheder: Strukturelle i form af behandlingssystemets ressourcer og organisering af angstbehandling. Disse aspekter er udledt fra DSI-undersøgelsen.
- Angstramtes håndtering af disse barrierer og muligheder er bl.a. støtte fra socialt netværk, egne initiativer til informationssøgning om angst og angstbehandling behandler skift. Disse parametre kommer fra mine egne hverdagsantagelser.

Som det fremgår implicit er disse sensitiverende begreber ikke knyttet til en teoretisk begrebsramme og har derfor en mindre grad af forklaringskraft sammenlignet med de eksisterende teoretiske begreber. Ikke desto mindre kan disse tilvejebringe en primitiv og foreløbig begrebsmæssig ramme i den begyndende fase af dataindsamlingen og analysen.

2.5.3 Teoretisk elaborering

Genereringen af min adaptive teori ved hjælp af en teoretisk elaborering af orienterende begreber fører til udviklingen af en begrebsmæssig ramme og mere omfattende teoretiske forestillinger. Oftest er det i højere grad nødvendigt med en inddragelse af et netværk af sammenknyttede begreber end anvendelsen af enkelte begreber eller få svagt sammenknyttede for at få en tilstrækkelig egnet forklaring eller beskrivelse. Layder foreslår, at man elaborerer fra kerne og orienterende begreber og kategorier, og derigennem er det muligt at optimere styrken ved sammenhængen mellem de originale begreber og de begreber der dukker op undervejs eller senere (Layder 1998: 116). En kernekategori eller et kernebegreb forstås som en analytisk enhed, hvor et netværk af indbyrdes sammenhængende begreber udgår fra, og denne kerne kan udgøre et omdrejningspunkt for kodningen og analysen af dataene (Layder 1998: 113). Udviklingen af teori og teoretisk tankegang er, at beslægtede begreber kan blive genereret og udledt fra kernebegreber på tre måder. For det første kan de blive udledt logisk og deduktivt fra kernebegrebet eller kernebegreberne. For det andet, kan relaterede eller elaborerede begreber blive udledt fra empirisk arbejde, hvilket indebærer, at denne fremgangsmåde primært hviler på en induktiv tilgang.¹¹ For det tredje og formentlig den mest typiske mulighed er, at der foretages en relativ ligevægtig kombination af begge procedurer, induktive såvel som deduktive.

Mit kernebegreb/-kategori udgør *sygdomsfelt*, hvis rækkevidde kan spænde fra objektive til subjektive strukturer og det dynamiske samspil herimellem (jf. evt. 1.7 *Problem-*

¹¹ I forhold til de to nævnte fremgangsmåder, fremhæver Layder, at ingen af disse fremgangsmåder skal forstås som rene induktive eller rene deduktive processer. Der vil altid være elementer fra begge analytiske procedurer.

formulering). Begrebet er på den ene side udledt af min hverdagsantagelse, og på den anden side udspringer det af et af Bourdieu's centrale teoretiske begreber. Grunden til, at jeg har udvalgt dette begreb som kernebegrebet, er for det første, at det er i stand til at rumme såvel angstramtes subjektivt oplevede strukturelle og relationelle barrierer og muligheder. For det andet, kan begrebet videre indbefatte beskrivelser af de handlingsmuligheder, aktørerne i feltet har, og ikke mindst hvorledes angstramte håndterer de oplevede forhindringer og potentialer. Sygdomsfeltet skal således fungere som et omdrejningspunkt, hvor de indbyrdes relaterede orienterende og sensitiverende begreber udfoldes i et netværk, og som udgår fra denne provisoriske kerne.

Formålet med **den primære elaborering** er at identificere de begreber der tilsyneladende er relateret til kernebegrebet, dvs. de begreber der cirkulerer omkring kernen. I den primære elaborering er det ikke væsentligt at finde frem til, hvordan de omkringliggende begreber, også kaldt *satellite concepts*, er forbundet med kernebegrebet men hensigten er blot at identificere dem (Layder 1998: 117f.). Ifølge Layder, er den mest hensigtsmæssige fremgangsmåde i denne proces at betragte begreberne som yderligere dimensioner, egenskaber eller karakteristika, der ligger i kernen. Jeg har således forsøgt at finde frem til sygdomsfeltets egenskaber, dimensioner etc., som er medvirkende til at skabe dynamikken i feltet.

Den primære elaborering ansporer én til at stille "hvordan" og "hvorfor"-spørgsmål i forhold til fokusområdet og ligeledes tilvejebringe provisoriske svar på sådanne spørgsmål.

Den sekundære elaborering fører elaboreringsprocessen et skridt videre gennem et begyndende øget fokus på et eller flere satellitbegreber. Hver dimension eller egenskab kan i princippet blive håndteret på samme vis som kernebegrebet ved at anvende det som basis for generering af en anden klynge eller gruppe af begreber, egenskaber, dimensioner og karakteristika. Med andre ord er denne proces rettet mod at synliggøre og teoretisere de formodede sammenhænge mellem de udvalgte orienterende og sensitive-

rende begreber, der hører under kernebegrebet. Hvorledes den sekundære elaborering skrider frem, afhænger af undersøgelsens retning og arbejdsgang. I denne proces kan det hænde, at det generelle fokus på det orienterende begreb, i dette tilfælde **sygdomsfelt**, er relateret til et andet problem eller aspekt. Dette kan føre til, at det originale orienterende begreb bliver erstattet af et mere relevant og sigende begreb. Ikke desto mindre kan det første orienterende begreb forblive i baggrunden som et højst nødvendigt og essentielt baggrundsbegreb. I den forstand sker der blot et fokusskift, hvor det andet orienterende begreb kommer i forgrunden for undersøgelsens fokus (Layder 1998: 121f.). Dette har dog ikke helt været tilfældet i forhold til sygdomsfelt-begrebets forklaringskraft. Derimod er der undervejs i dataindsamlingen og analysen opstået et øget fokus på nogle af satellitbegreberne, og som følge heraf har andre satellitbegreber fået en mindre plads i analysen som vigtige baggrundsbegreber eller er blevet forkastet for at udvikle nye begreber. Eksempelvis har de sensitiverende begreber vedrørende de strukturelle aspekter fået mindre plads i analysen og fungerer derfor som vigtige baggrundsbegreber, til trods for, at de spiller en væsentlig rolle i den dynamiske proces i sygdomsfeltet. Dette, for at give plads til et øget fokus på behandler-patient-relationen og kommunikationen samt den subjektive dimension, herunder angstramtes oplevelse af komplikationer og potentialer i sygdomsfeltet og håndtering af disse. De sensitiverende begreber i forhold til håndtering af barrierer og muligheder er blevet erstattet med begrebet sygdomsadfærd, som er tæt forbundet med strukturelle og subjektive vilkår.

Den tertiære elaborering henviser til den proces, hvor forskellige aspekter af generel teori inddrages i referencerammen, og repræsenterer en anden vej mod den generelle akkumulation af sociologisk viden. Med andre ord er det et forsøg på at spore sammenhængen mellem formale og substantive teorier knyttet til givne undersøgelsesområder og projekter, og mere generelle teorier og referencerammer kan hjælpe med at sammendrage, hvad der i givet fald kan forblive inkommensurable og fragmenterede aspekter af sociologisk viden (Layder 1998: 122ff.). Igen afhænger fremgangsmåden her, ligesom i den sekundære elaborering, af, hvorledes undersøgelsen skrider frem. Det er dog vigtigt at være opmærksom på både ligheder og forskelle mellem den tertiære og pri-

mære elaborering i forhold til anvendelsen af orienterende begreber. En af lighederne er, at de orienterende begreber kan have rod i en større teoretisk ramme, empirisk fund eller generelle redegørelser af empirisk data. I denne henseende har sådanne begreber til formål at organisere de empiriske data delvist, som en indgangsvinkel til teoretisk elaborering. Forskellen i anvendelsen af de orienterende begreber er imidlertid, at man i den tertiære elaborering trækker på generel teori på en mere hensigtsmæssig måde med henblik på at højne forklaringskraften. Dog er det vigtigt, at jeg i den tertiære elaborering undgår at inddrage foretrukne teorier, som kan ske at fungere som dogmatiske begrænsninger på analysen. Hensigten med den tertiære elaborering er altid at udvikle, teste, modificere og udvide teori og er aldrig blot at bekræfte teoretiske antagelser.

Undervejs i analysen har jeg fundet ud af, at nogle af de sensitiverende begreber har været for fragmenterede og ikke specielt anvendelige i forhold til deres forklaringskraft, hvorfor jeg sidenhen har inddraget idéer fra eksisterende generel teori, der ikke er knyttet specifikt til undersøgelsesfeltet, men som er bedre egnet til at forklare og forbinde disse aspekter af sygdomsfeltet. For eksempel har jeg fundet ud af, at aktørernes viden om angst og angstbehandling spiller en særlig rolle i forhold til deres forskellige sygdomsforståelser, samstemmende med at den påvirker dynamikken i patient-behandlerrelationen og kommunikationen. Til at begynde med har jeg formodet, at angstramtes oplevelse af barrierer og muligheder i sygdomsfeltet bl.a. skyldes kontrasten mellem deres sygdomsforståelse, altså den biomedicinske og patientens sygdomsforståelse. I løbet af analyseprocessen er jeg kommet frem til, at dynamikken i relationen i lige så høj grad kan forklares ud fra omfanget af deres viden om angst m.m. som deres respektive sygdomsforståelser. Af den grund kan der argumenteres for, at modstillingen mellem disse sygdomsforståelser har mindre forklaringsværdi, og den med fordel kan suppleres med omfanget af aktørernes viden om angst. Med henblik på at finde en generel teoretisk ramme til at forklare dynamikken i relationen mellem angstramte og deres behandlere etc. har Bourdieu's kapitalformer (Bourdieu 1977) i mit tilfælde tilvejebragt et frugtbart analytisk aspekt. Imidlertid anvendes de enkelte kapitalformer ikke, som de foreligger i teorien, idet de i deres originale form ikke er tilstrækkeligt anvendelige i for-

hold til analysens fokus. Jeg har snarere videreudviklet, modificeret og tilpasset disse til de empiriske data, således at de får større relevans og forklaringsværdi i henhold til specialets fokus. Disse neologismer vil blive redegjort og forklaret nærmere i analysen.

3 TEORI

3.1 Indledning til teori

De teoretiske begreber, der præsenteres i de følgende afsnit, danner baggrund for udviklingen af min adaptive teorigenerering med henblik på analysen af, hvilke barrierer og muligheder angstramte oplever i sygdomsfeltet, og hvorledes disse har indflydelse på deres sygdomsadfærd. Med andre ord kommer jeg ikke her ind på de sensitiverende begreber og videreudviklede begreber. Disse har jeg i stedet til hensigt at trække frem løbende i analysen.

I og med specialets fokus ligger inden for det sygdomssociologiske område, som er rigt på relevante teorier, bygger hovedparten af min teoretiske forforståelse herfra. Undervejs i den empiriske dataindsamling og analysen heraf har jeg frasorteret de orienterende begreber, der ikke har været tilstrækkelige velegnede i forhold til specialets problemstilling, hvorfor den følgende præsentation af teori blot indbefatter de relevante og anvendelige teorier og begreber. Nedenfor forefindes en forklaring og argumentation for de udvalgte teoretiske begreber.

3.2 Viden og magt

Begreberne viden og magt betegnes som strukturelle begrebsindikatorer, da disse objektive strukturer er skabt over tid og rum og opretholdes, reproduceres og udkrystalliseres i relationen og kommunikationen mellem patient og behandler. Grunden til, at jeg trods det har valgt at inddrage magtdimensionen, er, at jeg betragter den som særdeles central i forhold til relationen mellem angstramte og deres respektive behandlere. Det vil sige, at disse strukturelle begrebsindikatorer betragtes som tæt forbundne med de adfærdsmæssige (heriblandt angstramtes subjektive sygdomsforståelse) og mellemliggende begrebsindikatorer, og er derfor vanskelige at adskille i analytisk sammenhæng. Magtdimensionen har indgået som en del af min teoretiske forforståelse, dvs. viden og magt udgør orienterende begreber, som jeg fortsat har fundet særdeles relevante efter indsamlingen af det empiriske datamateriale og analysen af dataene. Jeg finder det yderst centralt at belyse netop dette aspekt, da diagnosticering har væsentlig betydning for muligheden for en målrettet og effektiv behandling. Det har således også betydning for angstramtes sygdomsadfærd.

Ud fra Michael Balint's (1964: 252) forståelse er den ene aktørs, behandlerens, position i relationen overlegen, givet at denne besidder mere viden, bedre og dybere forståelse, samt er i stand til at fortolke og forklare de situationer, der forekommer mellem aktørerne. Til gengæld tolererer behandleren de følelsesladede udbrud, der bliver overført til ham/hende. Sammenlignet med behandleren er den anden aktør, den syge person, relativt set svag, idet den syge har et behov for at få hjælp til at forstå nogle for denne tilsyneladende uforståelige helbredsmæssige problemer. Ifølge Balint kan den syges uvidenhed om problemerne skabe spændinger hos denne, og en måde at få lettet trykket er ved at overføre det til en stærkere part, nemlig behandleren. Balint supplerer tilsyneladende magtaspektet med en yderligere forståelse, da det kan tolkes som om, at Balint ikke blot ser dominansaspektet som udelukkende negativt i form af magtudøvelse men også i dens positive afskygning, altså som en mulighed for at den svagere stillede i relationen kan søge støtte hos en stærkere part/aktør.

3.2.1 'Informed consent' eller informeret samtykke

I Danmark er der krav om informeret samtykke inden for sundhedsvæsenet, herunder i forbindelse med behandling (Andersen 1997). Dette indebærer, at lægen informerer patienten om behandlingsmuligheder, og dette kun hvor det er muligt, samt at behandlingen ikke må indledes imod patientens ønske eller vilje. Andersens fokuserer på den etiske betydning af den kommunikation, der er relateret til informeret samtykke. I hvilket omfang kravet om informeret samtykke imødekommes afhænger muligvis af de enkelte aktørers opfattelse af kommunikationen, såvel som deres opfattelse af den etiske problemstilling. Med udgangspunkt i forståelsen af patienten som rationel beslutningstager, patienten som autonom person samt patienten som bærer af livskvalitet analyser Andersen problematikken vedrørende informeret samtykke.

Ikke overraskende udspringer tankegangen om **'patienten som rationel beslutningstager'** fra Rational Choice-retningen, som i forenklet form forstår aktøren som et nytteorienteret individ, hvis ønsker søges opfyldt gennem de mest effektive midler. Såfremt patienten skal være i stand til at foretage en kvalificeret beslutning vedrørende valg af behandlingsform, må valget nødvendigvis bygge på udtømmende information om sygdommen, undersøgelserne og risici, der kan forekomme under behandlingen.

Det er derfor lægens pligt at give patienten en dybtgående indsigt i disse informationer. Hvis den enkelte patient antagelsesvist ønsker et langt og godt liv, vil patienten logisk set vælge den givne form for behandling, der er det bedste alternativ for at nå målet. Kommunikationen mellem patienten og lægen har til formål blot at tilvejebringe de nødvendige oplysninger, således at patienten kan foretage en rationel beslutning om behandling. For angstpatienter, hvis overblik over situation er svækket forårsaget af lidelsen, kan informationsmængden have en uhensigtsmæssig virkning nærmere end en gavnlig, idet det kan skabe en større forvirring, og dermed være til hinder for beslutningsprocessen. Det kan igen muligvis påvirke patientens tilfredshed vedrørende behandlingsforløbet negativt. Ifølge Andersen er forståelsen af patienten som rationel beslutningstager derfor illusorisk (Andersen 1997: 46). Samtidig påpeger Elsass (1997: 60), at forøget information ikke nødvendigvis resulterer i en bedre refleksion over livets omstændigheder og en skærpet argumentation for valg og beslutninger blandt patienter. Videre argumenteres der for, at patienter i realiteten ikke gør brug af logiske, nyttekalkulerende ræsonnementer i valget af behandling.

'Patienten som autonom person' læner sig opad Habermas' idé om autonomi og demokratisk ligestilling. Begrebet **autonomi** er knyttet til begrebet **selvbestemmelse**. Informeret samtykke handler i denne henseende ikke om informationsmængden men snarere patientens ret til at bestemme inden for sundhedsvæsenet. Som nævnt i problemstillingen gælder dette dog ikke for enhver angstlidte. For eksempel kan kognitiv terapi hos en psykolog være ønskværdigt for den enkelte angstramte, men på grund af begrænsede økonomiske midler afledt af deres socioøkonomiske status er dette ikke en realistisk mulighed. Til trods for, at angstramte ideelt set bør betragtes som individer, der har ret til selv at afgøre, hvilken behandlingsform de ønsker, så foreligger der visse forhindringer. Samtidig kan der argumenteres for, at angstramte i virkeligheden ikke er ligestillede i patient-behandler-forholdet på grund af både deres socioøkonomiske status og deres behov for lægens hjælp, der gør dem til den svagere part i relationen.

Sidst men ikke mindst sammenholder Andersen informeret samtykke med **'patienten som bærer af livskvalitet'**, som baserer sig på utilitarismen eller nytteetikken. Tankegangen skal imidlertid ikke sammenlignes med tanken om det nytteorienterede individ, som set i Rational Choice-retningen. Ud fra den utilitaristiske horisont er

en handling rigtig, "hvis den fører til den størst mulige lykke for det størst mulige antal mennesker" (Andersen 1997: 47). Her ligger argumentation for informeret samtykke hverken på en fyldestgørende informationsmængde eller på patienters autonomi men snarere **velfærd**. Information til patienten har til formål at skabe større velfærd for og livskvalitet hos patienten i form af tryghed, mindre følelse af angst, magtesløshed etc. Som følge af dette kriterium, hævder Andersen, at kommunikationen kan bære præg af en paternalisme, der svarer til Habermas' forståelse af strategisk handlen. For så vidt at lægen søger at opnå den størst mulige livskvalitet for sine patienter, forfølger han ganske vist ikke sine egne særinteresser, men for at nå målet kan samtalen sandsynligvis blive anvendt som et manipulationsredskab. Denne formodning hænger efter min mening nøje sammen med begreberne viden og magt. Lægen besidder viden/ekspertisen såvel som magten til at definere, hvilke informationer der i den konkrete situation er nødvendige for, at patienten kan opnå størst mulig livskvalitet. Men det centrale spørgsmål er, hvorvidt lægen overhovedet er i stand til at vurdere dette, og hvilke komplikationer dette kan medføre i kommunikationen, patientens relation til sin læge og graden af utilfredshed med behandlingsforløbet?

Selvom Andersens sondring mellem de tre forskellige syn på patienten i forlængelse af informeret samtykke er skarpt og forenklet opstillet, så kan den bidrage med en forståelse for de etiske problemstillinger, der umiddelbart udkrystalliseres i kommunikationen mellem den givne patient og lægen.

3.3 Teorier om patient-behandler-relationen

Ud fra Adaptive Theory-tilgangen betragtes relationen mellem behandler og patient som en mellemliggende begrebsindikator. Med andre ord er de objektive og de subjektive strukturer tæt sammenvævet i denne type relation. Da der i vid udstrækning foreligger yderst relevante teorier vedrørende patient-behandler-relationen bygger hovedparten af min teoretiske forforståelse på dette aspekt af den sociale virkelighed. De udvalgte teoretiske indfaldsvinkler, der redegøres for her, mener jeg, har størst relevans i forhold til undersøgelsesfeltet.

I diskussionen nedenfor vil jeg primært tage udgangspunkt i teorier om patient-behandler-relationen udviklet af Michael Balint, Taussig og Knudsen. Fælles for disse

teoretikere er, at deres teori indeholder nogle magtdimensioner, som jeg mener, kan være særlig relevante i forhold til patienter med angstlidelser. Samtidig er de udvalgte teoretikere grundlæggende set enige om, at der kan være en bred kløft mellem patientens og behandlerens sygdomsforståelse, hvilket kan give anledning til uønskede konflikter og problemer i relationen.

3.3.1 Michael Balint's forståelse af patient-behandler-relationen

Den asymmetriske relation mellem behandleren og patienten kommer videre til udtryk gennem Balint's skelnen mellem såkaldte *childish-dependent* og *mature-independent* indstillinger blandt patienter. Tilsvarende skelner han mellem *childish-dependent* og *mature-independent* relation mellem behandler og patient (Balint 1964: 239 ff.). Det er dog problematisk, at der ikke foreligger en klar og entydig definition af begreberne. Umiddelbart kan 'mature-independent' indstilling hos patienten knyttes til en bestemt attitude, der består af ansvarlighed og evne til at acceptere såvel som håndtere lidelsen. Han mener, at det er behandlerens opgave at edukere patienten til en moden indstilling, således at denne kan acceptere lidelsens omfang og derefter håndtere de komplikationer, lidelsen fører med sig. Hvorvidt et behandlingsforløb er en succes eller fiasko kan, ifølge Balint, muligvis være afhængig af patientens indstilling.

Ydermere påpeger Balint, at der er flere faktorer, der kan tvinge patienten ud i en 'childish-dependent' relation til sin givne behandler. Han kommer blot kort ind på, at det afhænger af tre forhold; 1) lidelsens natur; 2) patientens personlighed; og sidst men ikke mindst 3) lægens apostolske overbevisninger. Førstnævnte faktor, altså 'lidelsens natur' kan dog betvivles, idet jeg tidligere har argumenteret for, at sygdomme og lidelser er sociale konstruktioner. Samtidig argumenterer Taussig for, at lidelsen ikke er en **ting-i-sig-selv**. Tværtimod kommer den til udtryk **for** det enkelte individ gennem sociale interaktioner. Spaltningen mellem subjektivitet og objektivitet, som Taussig omtaler, er repræsenteret ved det såkaldte patient-good og professionalisme, hvilket resulterer i, at patientens subjektivitet frarøves i lyset af professionalismen (Taussig 1980: 8). Det er lige såvel et resultat af patientens manglende evne til at udvikle et gensidigt potentielt bidrag, som det skyldes relationen mellem den professionelle og patienten. Med andre ord betyder det, at patientens personlighed, eller mere konkret dennes selvforståelse og

subjektivitet, kan blive påvirket af relationen til de professionelle og af den givne kontekst, patienten befinder sig i. At patienten indtager en 'childish-dependent' indstilling i forholdet mellem denne og lægen, kan derfor være givet ved den blotte tilstedeværelse samt dominans af professionalismen. Med udgangspunkt i Taussig's forståelse kan behovet for at edukere patienter til en voksen indstilling, som Balint omtaler, være et udtryk for social kontrol og manipulation. Relationen mellem behandleren og patienten er en anden end fx venskabsrelationen og samarbejdsrelationen.

3.3.2 Knudsens tredeling af relationer

I sin artikel "*Det relationelle forhold mellem patient og professionel – Interpersonelle relationer som udviklingsfelt i klinisk sundhedsarbejde*" (1997) sonderer Vibeke Zoffman Knudsen mellem tre former for relationer mellem patient og behandlere, nemlig 1) *den ekspertdominerede relation*; 2) *samhørighedsrelationen*, og 3) *samarbejdsrelationen* (Knudsen 1997: 225ff.). Knudsens tredeling kan vise sig at være yderst velegnet som analyseredskaber til nærværende undersøgelse. Der tages ikke alene højde for, hvilken viden der er omdrejningspunktet i relationen, herunder i hvilken udstrækning der gives plads til patientens subjektivitet, men derudover hvilke konsekvenser de forskellige konstellationer mellem patienten og behandleren muligvis kan have.

Den ekspertdominerede relation er kendetegnet ved en overvægt af ekspertviden, der selekteres ud fra enten den medicinske sygdomsopfattelse (eller sygdomsforståelse) eller de standardproblemer, der er typiske for patientgruppen. Dette kan være afledt af den medicinske specialisering, som har vænnet såvel patienter som behandlere til at tage det for givet, at individet kan komme med en sygdom defineret ud fra den biomedicinske sygdoms- og symptomforståelse. Behandleren overser eller ser bort fra patientens subjektive sygdomsforståelse og -opfattelse. Såfremt patienten oplever, at behandleren ikke interesserer sig for dennes sygdomsforståelse såvel som denne som person, kan det få problematiske konsekvenser for relationen og dermed patientens oplevelse og opfattelse af den. Desuden kan behandlerens mangel på interesse give anledning til vrede og frustration hos patienten og efterlade denne med en følelse af ikke at blive taget seriøst eller alvorligt. I den sidste ende kan det udløse en negativ reaktion hos patienten i form af modstand og non-compliance.

I modsætning til den ekspertdominerede relation er samhørigheds-relationen mellem behandler og patient i overvejende grad præget af viden om lighedstræk mellem patienten og den professionelle, hvilket har rod i behandlerens ønske om at skabe kontakt gennem disse fælles lighedstræk. På trods af at behandleren viser tilstrækkelig empati til at kunne sætte sig i patientens sted, kan en sådan form for relation være til større ulempe end gavn, idet behandlerens søgen efter lighedstræk kan overskygge patientens særegne træk. Samtidig kan det hæmme muligheden for, at der kan opstå uforudsigelig viden. En af forudsætningerne for, at der kan etableres en samhørighedsrelation, er, at der eksisterer lighedstræk mellem behandler og patient. Det betyder, at patienter, som er meget forskellige fra behandleren eller uforenelig med behandlerens selvbillede, besværliggør kontakten imellem de pågældende aktører. Tilsyneladende mangler der en klarhed over, hvilke lighedstræk, der er tale om. I tilfælde af at patientens erfaringsgrundlag adskiller sig markant fra behandleren, kan dette vanskeliggøre etableringen af en samhørighedsrelation. En anden ulempe ved relationen her er, at forandringspotentialet i relationen svækkes, fordi der er mangel på særstandpunkter. Der kan være mangel på klarhed i relationens struktur, fordi grænserne mellem parterne er vage, samt at der er mangel på en fælles sag. Selvom relationen kan bidrage med en god oplevelse til aktørerne kan det udmønte sig i stilstand, konformitet og hygge. Vigtigst af alt, kan en sådan konstellation medføre, at tilstedeværelsen af utilfredshed over manglende udbytte hos den ene aktør ikke kommer til udtryk eller har vanskeligt ved at komme frem i lyset, netop på grund af opretholdelsen af konformiteten. Ud fra Knudsens forståelse er der således flere gener ved relationen, end der er fordele.

Samarbejdsrelationen, som er den sidste form for konstellation, Knudsen omtaler, har sit primære fokus på patientens subjektive oplevelse, især dét der opleves som værende svært og problematisk for patienten. Kravet om at se patienten ud fra et helhedssyn er således ikke omdrejningspunktet i relationen. Det er et ideal, der kan være vanskeligt for behandleren at efterleve. Formålet med samarbejdsrelationen er at give aktørerne noget at reflektere over, herunder patienterkendelse, dvs. patientens integreringsevne. Gennem parternes indblik i hinandens følelser og tanker, der er årsag til de givne observerede handlinger, skabes refleksionsprocesser, hvilke kan muliggøre konstruktiv brug af

den 'nye' indsigt. Behandlerens viden omkring den subjektive oplevelse etc. Hos patienten betyder det med andre ord, at behandleren har mulighed for at inddrage og tage højde for den subjektive dimension som led i tilpasning af indsats/behandling. Samtidig opnår patienten mulighed for at opdage nogle missing links eller erkende nogle sammenhænge, der tidligere er blevet overset eller har været utilgængelige. Dette kan tilnærmelsesvis sammenlignes med Balints forståelse af, at behandlere edukerer patienter til en 'mature-independent' indstilling. Ifølge Knudsen er samarbejdsrelationen den mest hensigtsmæssige type af relation, idet aktørerne kan nyde større gavn af den sammenlignet med de to andre typer af relationer.

3.4 Sygdomsforståelse eller 'the Whole Man'

Behandleres sygdomsforståelse kan være stærkt påvirket af det givne faglige paradigme, der er en iboende del i behandlerens uddannelse. Eksempelvis er den praktiserende læge uddannet ikke alene i forskellige sygdomsdiagnoser men også generelt i at søge efter fysiske symptomer først og fremmest. Den 'mind-body' dualistiske tankegang, der adskiller kroppen fra personen, kroppen fra sindet, er yderst essentiel i det snævre sygdomsorienterede diagnostiske paradigme (Helman 1985; Freund et al 2003; Mechanic 1968). Denne opsplitning af krop og sind er kendetegnende for en biomedicinsk sygdomsforståelse. Den biomedicinske sygdomsforståelse indebærer, at sygdommen prioriteres højere end patientens lidelse, bl.a. fordi sygdommen anses for at være mere seriøs og faretruende end lidelsen. Mere skade kan forekomme, hvis den praktiserende læge overser fysiske sygdomssymptomer, end hvis han overser den syges lidelse. I visse tilfælde kan dette være sandt, men i andre tilfælde repræsenterer den syges lidelse større fare (Balint 1964: 41-42). Med andre ord tyder det på, at læger har tendens til at i overvejende grad at fokusere på sygdomsdiagnosticering frem for at søge efter socialpsykologiske årsager til sygdommens fremkomst. Andre nævnte grunde til, at læger foretrækker diagnosticering af fysiske sygdomme frem for den syges personlighed i sin helhed, er, for det første at lægeuddannelsen rummer ikke reelle og brugbare termer til beskrivelse af ikke-psykotiske psykiske lidelser, herunder angst; og for det andet kan en korrekt stillet diagnose straks lede lægen videre til en given behandling, hvorimod procedurerne og behandling for psykiske lidelser kan være vanskeligere og mere kompliceret (Balint 1964: 44). De praktiserende lægers afsæt i den biomedicinske sygdomsforståelse

kan muligvis medføre, at de foretrækker at udlevere recepter på medicin frem for at henvise til en mere effektiv og relevant behandling, fx kognitiv adfærdsterapi og tværfaglig behandling, til personer med angstlidelser. Den biomedicinske sygdomsforståelse henviser således til en opfattelse af sygdom overordnet som kropslige/patologiske dysfunktioner eller afvigelser, der er adskilt fra personen.

I modsætning til lægens biomedicinske sygdomsforståelse har den syges sygdomsforståelse rod i lidelses-begrebet, dvs. at forståelsen er bredere. Den er konkret såvel som abstrakt¹² og omfavner ikke alene den syges subjektive og konkrete erfaringer med 'sygdommen', herunder oplevelse af eventuelle smerter, ubehag og lignende, men inkluderer ligeledes abstrakte dimensioner såsom årsagsforklaringer samt opfattelser af sygdommens prognose eller perspektiv (Maunsbach 1997: 109). Ifølge Maunsbach (1997: 116), giver lægens kendskab til sine patienters sygdomsforståelse en dybere indsigt dels i patientens mestring af sygdommen, dels til hvordan lægen som behandler kan forstå eller misforstå patientens ord, hensigter og handlinger.

Som nævnt hersker der bred enighed blandt teoretikerne om, at den medicinske orientering er uhensigtsmæssig i forhold til personer med psykiske lidelser, samt at der generelt er behov for en større grad af en helhedsorientering i behandlingsregiet. Tilsyneladende foreligger der ikke et klart skel mellem begreberne den syges sygdomsforståelse og 'the whole man'. Tilsyneladende henviser begreberne til samme fænomen, dvs. patientens subjektive erfaring og opfattelse af 'sygdommen', og så alligevel ikke. Spørgsmålet er så, foreligger der en forskel overhovedet i forståelsen af begreberne eller er der tale om, at de forskellige teoretikere blot anvender diverse begreber om samme fænomen? Af indlysende grunde er dette ikke tilfredsstillende, da det som bekendt kan mindske begrebsvaliditeten. Angstramtes sygdomsforståelse formodes at være særdeles forskellig fra den lægelige sygdomsforståelse, idet angst forstås som en ikke-psykotisk psykisk lidelse, der udmøntes i fysiske symptomer og ubehag af kort varighed.

¹² Maunsbach (1997: 108) foretager en skelnen mellem abstrakt og konkret sygdomsforståelse. Den abstrakte sygdomsforståelse tager udgangspunkt i en teoretisk viden og forestillinger om sygdommen. Den konkrete sygdomsforståelse, derimod, henviser til kropslige erfaringer med sygdommen, og tolkningen af disse erfaringer. Patientens abstrakte sygdomsforståelse kan være en ganske anden end fx den biomedicinske og psykiatriske.

På den ene side kan det være gunstigt for selve dataindsamlingen at begynde med at stille spørgsmål vedrørende angstpatienters sygdomsforståelse bl.a. hvorvidt de har givet lægen deres version af sygdomsforståelsen og har en forventning om, at behandlerne bør tage højde for deres sygdomsforståelse i forhold til behandlingstilbud. På den anden side, kan det være hensigtsmæssigt at inddrage 'the whole man'-begrebet, fordi begrebet indeholder flere dimensioner, der kan have indflydelse på deres opfattelse af forholdet til behandleren, hvilket jeg vil komme nærmere ind på herefter.

Freund med flere (2003: 236) hævder, at uddannelsen og socialiseringen af medicinske studerende aktivt modarbejder dét at forstå deres patienter som hele personer med sociale, følelsesmæssige, spirituelle og andre sundhedsrelaterede facetter i deres liv. Her omtales 'hele' personer, der kan sammenlignes med 'whole men', i en endnu bredere forståelse end Maunsbachs definition af patientens sygdomsforståelse. Freund et al inddrager flere aspekter end Maunsbach, herunder de sociale og spirituelle. Eksempelvis fremhæver Knudsen (1997: 125), at patienternes egne bedømmelse af, hvad der er vigtigt og rigtigt under givne livsbetingelser, for den enkelte kan legitimere, at de sygdomsbestemte regler omgås eller modificeres efter den pågældende patients liv. Med andre ord kan patienternes såkaldte helhedsorientering have en indvirkning på deres motivation for compliance. Compliance-begrebet bliver uddybet i *6.5.1 Compliance og non-compliance*.

Ligeledes omtaler Mechanic (1968: 90-91, 111-112) begrebet 'the whole man' som den syges sociale forhold, generelt set, i forbindelse med lægens rolle, idet han påpeger, at den praktiserende læges rolle også bør indebære, at lægen retter sin opmærksomhed mod patienten som 'the whole man'. På grund af en fremadskridende vækst i teknisk medicinsk viden samt det at en del læger fokuserer mere på, hvordan de, ud fra deres medicinske viden, kan gøre et godt stykke arbejde, og derfor forsømmer de at give opmærksomhed til 'the whole man'. Imidlertid kan der rejses spørgsmål om, hvorvidt det er realistisk og muligt for lægen at give en helhedsorienteret opmærksomhed til den syge givet de ressourcer, herunder især tid, der står ham til rådighed. Desuden kan tilstedeværelsen af sociale, følelsesmæssige og psykiske problemer hos en patient muligvis

afføde en usikkerhed hos lægen, idet han er blevet uddannet til at diagnosticere sygdomme og ikke lidelser.

Der argumenteres for, at der tages udgangspunkt i angstramtes sygdomsforståelse. Begrebet er en anelse mere præcist end 'the whole man'-begrebet, idet begrebet sygdomsforståelse er tæt sammenvævet med den angstramtes oplevelse samt opfattelse af den konkrete og specifikke 'angstsygdom'. Til trods for, at lægens mangel på at inddrage 'the whole man'-perspektivet i sin praksis muligvis kan medføre problemer i forholdet til den angstramte (og dermed dennes erfaring og opfattelse af samme), er begrebet for diffust og dækker over en lang række dimensioner, som ikke nødvendigvis er knyttet til selve 'sygdommen'. Det vil være urealistisk at tage højde for samtlige dimensioner i nærværende undersøgelse. Af den grund har jeg valgt at læne mig op ad Maunsbachs definition af den syges sygdomsforståelse. Angstpatienternes sygdomsforståelse kan muligvis også have indflydelse på graden af 'compliance' og andre aspekter i kommunikation mellem denne og lægen.

3.5 Sygdomsadfærd

3.5.1 Compliance og non-compliance

Begrebet *compliance* blev udviklet med henblik på at forsøge at forklare et aspekt af mangelfuld kommunikation i sundhedsvæsenet ved at undersøge, hvorfor patienter ikke følger behandlerens medicinske råd (Elsass 1997). Compliance forstås som patientens grad af efterrettlighed i forhold til, hvorvidt patienten følger de medicinske råd, dvs. behandlernes anvisninger. Imidlertid påpeger Elsass, at begrebet er tvetydigt, fordi det rummer en række uafklarede aspekter, hvilket kan overskygge de grundlæggende problemstillinger i kommunikationen. Eksempelvis er begreber som adlydenhed, efterfølgelse, samarbejde, og terapeutisk alliance blevet benyttet som betegnelse for noget, der faktisk henviser til patientens grad af compliance. Fælles for disse begreber er imidlertid, at de afspejler en autoritær-demokratisk dimension, herunder ideologiske antagelser som patienter og behandlere bør have. Som led i den biomedicinske sygdomsforståelse er der en fejlagtig prioritering. Compliance-begrebet henviser jo til patienternes lydighed. Med andre ord skal patienterne være lydige overfor de sygdomsbestemte regler, som den tilsyneladende 'bedrevidende' læge eller behandler opstiller. Hvis ikke pati-

enten indordner sig efter disse forskrifter, bliver det betragtet som 'non-compliance' samt en underkendelse af og trussel mod behandlerens magt og autoritet (Taussig 1980). 'Non-compliance' blandt patienter er dog mere kompleks og kan forklares ud fra, at efterlevelse af de medicinske råd kan risikere at forstyrre patientens hverdagsliv fx familiens harmoni og stabilitet, i større omfang. Således kan den pågældende patients subjektive vurdering af, hvad der er vigtigt og rigtigt under de givne livsbetingelser, legitime, hvilke sygdomsbestemte regler der omgås (Knudsen 1997).¹³

En række teoretikere understreger, at patienters efterlevelse af behandlernes anvisninger er tæt forbundet med kommunikation og forståelse (Wackerhausen 1997; Elsass 1997; Taussig 1984). Ifølge Mechanic (1992) kan patienter ignorere den biologiske betydning af at indtage medicin såsom anti-depressiva, hvis ikke dette stemmer overens med deres subjektive common-sense overbevisninger. Patienters 'non-compliance' kan afhjælpes ved, at behandleren tager højde for patientens egenoplevelse; nemlig at behandleren forsøger at forstå patienternes subjektive sygdomsforståelse og sygdommens årsagsforklaring, forventninger i forhold til sygdomsforløb såvel som behandleren, samt hvorvidt det er hensigtsmæssigt og gavnligt for patienten at følge behandlerens instrukser i henhold til patientens hverdagsliv (Helman 1985). Således handler 'non-compliance' ikke blot om patientens manglende forståelse af lægen, men tværtimod lægens manglende forståelse af patienten og dennes subjektive sygdomsforståelse m.m. 'Compliance' har udviklet sig til et begreb, der også omfatter samarbejde med dertilhørende respekt for autonomien og selvbestemmelsen. Imidlertid peger Elsass på, at resultater fra en række undersøgelser viser, at en stor tilfredshed også er mulig, til trods for at aktørerne ikke har forstået hinanden.

¹³ Patientens modstand mod at følge behandlerens anvisninger er videre blevet omtalt som en særlig form for magt, patienten besidder (Knudsen 1997). Denne magt kan forstås som en reaktion på og modstand mod 1) professionel hjælp; 2) at forlige sig med sygdommen; 3) at tale om egne problemer; 4) ordinationer eller andre beslutninger, som patienten ikke var blevet inddraget i; 5) imod forandring og 6) imod at lære noget nyt (Knudsen 1997: 126).

4 ANALYSE

4.1 Datamaterialets grundlag

Som det vil fremgå i følgende afsnit, er andelen af kvinder i højere grad repræsenteret i det empiriske datamateriale sammenlignet med andelen af mænd. I øvrigt er casestudiet baseret på interviews af kvindelige informanter. Denne overvægt af kvinder, der er repræsenteret i det samlede datamateriale kan forklares ved, at angstlidelse forekommer hyppigere blandt kvinder end mænd (Hougaard et al 2002).¹⁴

4.1.1 Kvalitativt datamateriale

Af nedenstående tabel 4.1 fremgår de anvendte pseudonymer samt væsentlige baggrundsplysninger, herunder alder og angsttilstande (ud fra deres subjektive vurdering eller diagnosticering), som følger:

Tabel 4.1: Informanternes baggrundsplysninger.¹⁵

<i>(Kilde: Egen interviewundersøgelse.)</i>					
Informant	Lis	Britt	Ann	Hanne	Susan
Alder i 2008	23 år	24 år	45 år	45 år	48 år
Debutalder	18 år	23 år	barndom	42 år	17 år
År for diagnosticering	2007	2007	1996	2006	2004
Nuværende og tidligere angsttilstande	Panikangst, generaliseret angst, sygdomsangst og enklafobi	Invaliderende panikangst	Generaliseret angst, sygdomsangst og panikangst	Invaliderende generaliseret angst	Generaliseret og panikangst

Såvel informantgruppens aldersfordeling og debutalder strækker sig over en rimelig lang årrække. Heraf har nogle af dem haft angstsymptomerne længe, før angstdiagnosen er blevet stillet. Hovedparten af informanterne har såvel generaliseret angst som panikangst.

¹⁴ Ifølge Hougaard m.fl. (2002: 83) foreligger der forskellige forklaringer på forskellen mellem forekomsten af angst blandt kvinder og mænd, og disse er temmelig omdiskuteret. På den ene side argumenteres der for, at der er psykosociale faktorer såsom nervøst temperament og negativ affektivitet som menes at være genetisk betinget. På den anden side argumenteres der for, at kvinder hyppigere end mænd er udsat for traumatiske begivenheder, fx fysisk og psykisk vold, der kan øge risikoen for angst.

¹⁵ Af hensyn til informanternes anonymitet har jeg naturligvis anvendt pseudonymer frem for deres sande identitet.

4.1.2 Kvantitativt datamateriale

Ved afslutningen af den kvantitative dataindsamling udgjorde statussen som vist i tabel 4.2.

Tabel 4.2: Samlet status.

(Kilde: egen spørgeskemaundersøgelse)	Respondenter	Procent
Ny	0	0,0 %
Distribueret	19	29,2 %
Nogen svar	7	10,8 %
Gennemført	39	60,0 %
Frafaldet	0	0,0 %
I alt	65	100,0 %

Eftersom svarprocenten for gennemførte besvarelser blot udgør 60,0 %, ligger den lavere end den angivne standard svarprocent på 66,6 %. Antallet af besvarelser er betydeligt lavt, og derfor er datamaterialet ikke statistisk repræsentativt for den samlede population af voksne angstramte i Danmark. Ikke desto mindre kan det påpege

visse tendenser i populationen. Analysen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen bør derfor læses med dette forbehold in mente. Den lave deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen kan dels forklares ved, at en sådan besvarelse kan i sig selv være angstprovokerende. Dels kan den ovennævnte procedure hos foreningerne være til hinder for at nå ud til flere respondenter. Deres forum *Oplysning* er ikke i nær så høj grad besøgt sammenlignet med andre. Det kan betyde, at færre bruger ser min tilskyndelse til deltagelse i spørgeskemaundersøgelse. I nedenstående tabel 4.3 angiver fordelingen af respondenterne i køn samt alder sammenlignet med de nyeste tal fra Danmarks Statistikbank.

Tabel 4.3: Datamaterialets grundlag.

	Respondenter (angivet i valid procent)	Opgørelse fra Danmarks statistikbank	Difference i procentpoint
Fordeling i køn:			
Kvinder	69,6 %	50,5 %	19,1 %
Mænd	30,4 %	49,5 %	-19,1 %
I alt	100,0 %	100,0 %	0,0 %
Fordeling i aldersgruppe:			
19-29 år	41,9 %	23,2 %	18,70 %
30-39 år	37,2 %	25,4 %	11,80 %
40-49 år	18,6 %	27,2 %	-8,60 %
50-59 år	2,3 %	24,2 %	-21,90 %
I alt	100,0 %	100,0 %	0,0 %

(Kilde: Danmarks Statistikbank og egen undersøgelse.)

Da angstlidelse forekommer hyppigere blandt kvinder end mænd, afspejler tallene i tabellen ovenfor også dette. Derudover er der i spørgeskemaundersøgelsens datamateriale en overvægt af personer i alderen 19-40 år sammenlignet med den samlede befolkning i Danmark. Det skyldes formodentlig, at denne aldersgruppe anvender internettet i større omfang, og af den grund kan der være øget deltagelse blandt disse, end den ældre aldersgruppe.

4.2 Indledning til selve analysen

Da de objektive og subjektive strukturer betragtes som yderst tæt sammenvævede og svært uadskillelige, kan det ikke helt undgås at berøre de forskellige aspekter af den sociale virkelighed i en eller anden grad i de enkelte afsnit. Analysen er bygget op på den måde, at der først og fremmest tages udgangspunkt i de identificerede strukturelle barrierer og muligheder, fordi disse strukturer danner rammer om og påvirker aktørernes handlemuligheder m.m. Undervejs anvendes orienterende begreber, herunder de, fra min teoretiske for forståelse der er fortsat anvendelige, og dernæst de begreber, jeg selv har udviklet af eksisterende begreber. For læsevenlighedens skyld markeres de begreber, jeg selv har udviklet, samt de, jeg anvender på en anden måde, end den der foreligger i den eksisterende teoretiske forståelse, med **fed** og *kursiv*. Vigtigt, er det her at betone, at den adaptive teori, jeg er kommet frem til, blot er foreløbig og midlertidig, hvorfor den stadig er åben for verifikation og falsifikation. I øvrigt foreligger samtlige statistiske beregninger samt diagrammer på vedlagte CD-rom.

4.3 Objektive vilkår for professionel behandling

De specifikke strukturelle aspekter, jeg har valgt at inddrage i specialet, udgør de samme som nævnt i DSI-rapporten. Det gælder behandlingssystemets ressourcer samt organiseringen af angstbehandling, som udgør sensitiverende begreber. I mine bestræbelser på at knytte de strukturelle samt subjektive strukturer sammen har jeg med inspiration fra Bourdieu's begrebsapparat anvendes nogle af hans begreber om kapitalformer, dog ud fra en anden forståelse, end den der ligger bag Bourdieu's definition af disse. Hvorledes begreberne anvendes analysen vil efterhånden blive uddybet dér, hvor det er rele-

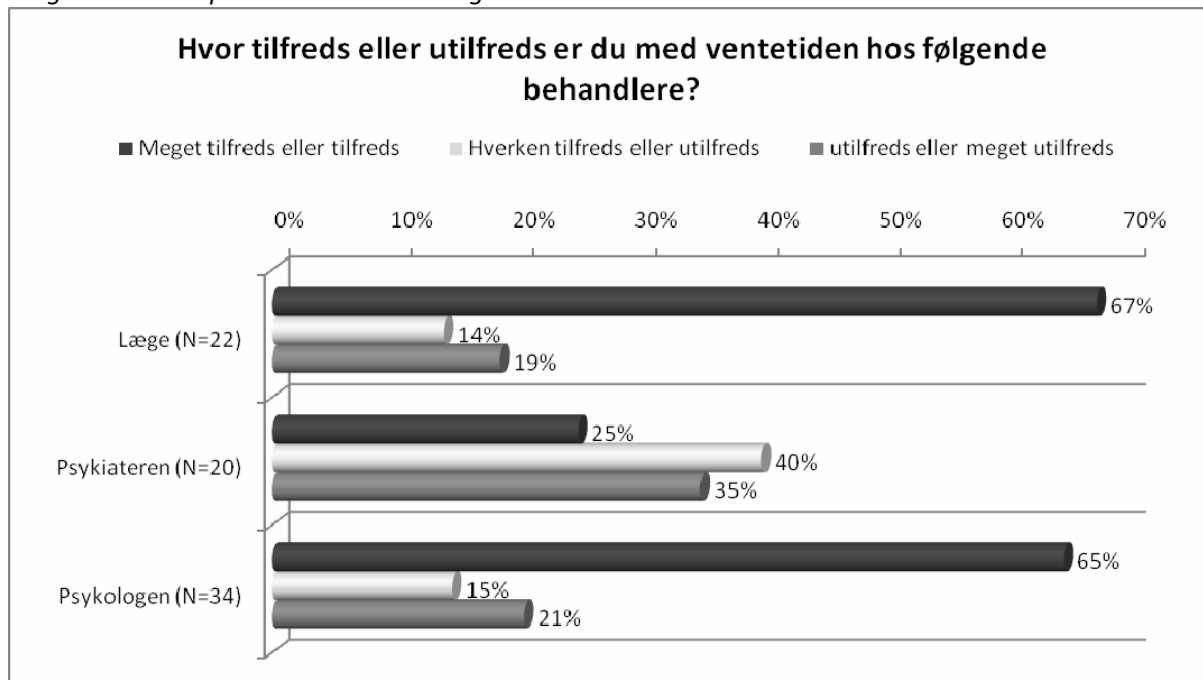
vant. Disse begreber betragtes som mellemliggende og udgør *økonomisk kapital* og *social kapital*.

4.3.1 Ressourcemangel - mangel på specialiserede behandlere

Den generelle mangel på specialiserede behandlere, navnlig praktiserende psykiatere, udmønter sig i lange ventelister og ventetider på to måneder til et halvt år og kan være til hinder for relevant behandling til angstramte. Dette kan have væsentlig betydning for ikke blot relationen mellem angstramte og egen læge men navnlig også den enkelte angstramtes handlemuligheder og sygdomsadfærd.

Lange ventetider og ventelister kan føre til en høj grad af utilfredshed blandt angstramte, er de i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt om, hvor tilfreds eller utilfreds de er med hensyn til ventetiden hos de pågældende behandlere, de har modtaget behandling ved. Den procentvise fordeling af respondenternes besvarelse fremgår som vist nedenfor i diagram 4.4:

Diagram 4.4: Respondenternes holdning til ventetid.



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at ca. to ud af tre respondenter er tilfredse eller meget tilfredse med ventetiden hos deres læge, og omvendt er knap en ud af 5 respondenter utilfredse eller meget utilfredse med den. Omtrent samme svarmønster lader til ligeledes at gælde for ventetiden inden psykologens første behandling. Med hensyn til ventetiden før første behandling hos deres psykiater angiver 35 % af respondenterne, at de er utilfredse eller meget utilfredse med den, hvorimod der blot er en fjerdedel, der er tilfredse eller meget tilfredse med den.

Manglen på specialiserede behandlere kan således skabe en stigende utilfredshed i forbindelse med ventetid blandt angstramte. I nogle tilfælde kan læger forsøge at kompensere for den lange ventetid hos psykiater ved at tilbyde medicinsk behandling eller samtaler til dem ved akut behandlingsbehov hos patienten (Bilag 7: 8).

En af fordelene ved at modtage behandling hos en praktiserende psykiater er at der ydes tilskud til dette behandlingsforløb, fordi dette foregår gennem en henvisning fra egen læge. Derimod kan en af ulemperne være for enkeltes vedkommende lang ventetid (jf. Bilag 8: 37). En af årsagerne til, at der er en større andel af respondenter, som finder ventetiden hos psykologer tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende, kan være, at respondenterne, i formentlig de fleste tilfælde, selv har indflydelse på hvilken psykolog, de vælger behandling hos, samt dernæst at de tilsyneladende vælger én, hos hvilken ventetiden er kortvarigst. Ifølge det kvalitative datamateriale har informanterne selv måttet rette henvendelse til flere forskellige praktiserende psykologer, før de har fundet én, der havde plads til en akut tid. I følgende citat beretter Britt, en af informanterne, om, hvordan hun har oplevet dette:

”[...] jeg var nødt til at have en akut tid. Jeg ringede til flere steder, og de havde ikke tid. Der var en måneds ventetid. Det var ligesom, at jeg skreg om hjælp, og der var bare ikke nogen der kunne hjælpe mig. Der var ingen der forstod, at jeg havde behov for at skulle have behandling her og nu. Så fik jeg så fat i én psykolog som kunne forstå, hvordan og hvorledes det hang sammen. Så jeg fik en tid allerede samme dag og kom op og snakkede med hende.” (Bilag 7: 3f.).

Denne skildring af oplevelsen af barrieren forbundet med ventetid er ud fra det kvalitative datamateriale ikke usædvanlig, idet flere af informanterne har haft lignende oplevelser. Af citatet ovenfor kan det videre udledes, at der kan forekomme et misforhold mellem angstramtes subjektivt vurderede behandlingsbehov, i dette tilfælde akut behandlingsbehov, og omfanget af behandlingssystemets ressourcer til at dække dette behov som følge af denne ressourcemangel. Behandlingssystemets mangel på fagligt specialiseret arbejdskraft, der fører til utilfredsstillende ventetid ud fra angstramtes synspunkt, betragtes som en del af de strukturelle barrierer, fordi det ligger uden for den enkeltes angstramtes rækkevidde at ændre dette. Det er nogle objektive, samfundsmæssige forhold, der har indvirkning på angstramtes sygdomsadfærd.

På den ene side har angstramte mulighed for at vælge, hvorvidt de ønsker at modtage behandling hos en psykiater og få økonomisk støtte til dette. På den anden side kan de i givet fald forvente en lang ventetid, hvilket ikke er fyldestgørende, såfremt de subjektivt oplever et akut behandlingsbehov.

Den lange ventetid kan ligeledes have en begrænsende indvirkning på lægens handlemuligheder. I DSI-rapporten omtales fænomenet "brandslukning" (Christensen et al 2007: 32), som hentyder til lægens indsatser for at afhjælpe problemet med ventetiden. I nogle tilfælde forsøger læger at kompensere for den lange ventetid på behandling hos psykiatere ved at tilbyde medicinsk behandling eller korte ugentlige samtaler til den enkelte angstramte. For eksempel fik Britt ugentlige samtaler hos sin læge, men da angstlidelsen efterhånden udviklede sig til at være stærkt invaliderende, følte hun et akut behov for behandling af angstlidelsen. Hun ønskede at *"have noget der virker her og nu"* (Bilag 7: 7). I lyset af den lange ventetid hos praktiserende psykiatere samt informantens økonomiske barrierer for behandling hos en praktiserende psykolog, sagde informantens læge, *"at det eneste, hun kunne gøre med det samme, er sådan set lykkepiller"* (Bilag 7: 8).

På trods af der er en større andel af respondenterne, som er tilfredse eller meget tilfredse med ventetiden hos egen læge, kan der dog i visse tilfælde forekomme lang ventetiden hos lægen. Dette er nødvendigvis ikke knyttet til mangel på praktiserende læger

men snarere en øget efterspørgsel efter dygtige og kompetente læger, hvilket Susan udtaler sig om: *"jeg har en fantastisk dygtig læge, men de havde lynende travlt, og det hænger jo sammen med en dygtig læge, så er der godt nok mange der står i kø for at få hjælp, og der er man helt klart en af mange"* (Bilag 8: 9). Især kan man hæfte sig ved sidste del af citatet, hvor informanten giver udtryk for, at hun blot er én ud af mange andre patienter, hvorfor der ikke eksisterer tid nok til hver enkelt patient. Det kan udgøre én af grundene til, at patienter søger til behandling på det grå marked, dvs. hos alternative behandlere. Informanten, der selv har fået alternativ behandling, sammenligner behandlernes tidsramme:

Det er en af de ting, som de alternative kan, som vores læger ikke kan. Det er simpelthen at have tid nok. Det kan godt være, at der kom en bag-efter, men så må hun altså lige sidde lidt, hvis ikke hun var færdig. Det var det, der var tilfredsstillende ved forløbet, at når man så kom, så havde hun sat en formiddag eller en eftermiddag af til dig. (Bilag 8: 9).

Det tyder på, at det ikke blot er den lange ventetid på behandling, der kan være årsag til, at angstpatienter søger til alternativ behandling, men det kan lige såvel skyldes, at de enkelte alternative behandlere netop har mulighed for at afsætte længere tid til hver behandling, hvilket læger under alle omstændigheder ikke har mulighed for.¹⁶

4.3.2 Adgang til psykologbehandling

En anden mulighed, angstramte har, for relevant behandling kan ske hos en psykolog, og vel at mærke én, de selv kontakter og som kan imødekomme deres akutte behandlingsbehov. Der foreligger tre måder, hvorpå psykologbehandling kan finansieres: 1) gennem egenbetaling; 2) gennem økonomisk støtte fra Socialforvaltningen i egen bopælskommune og 3) gennem henvisning fra egen læge. Ved de to sidstnævnte er der tilknyttet en længere procedure. Samtidig foreligger der specifikke betingelser og rammer, angstramte nødvendigvis skal ligge indenfor, før psykologbehandling kan finansieres af andre end dem selv (Christensen et al 2007: 30).

¹⁶ Der kan imidlertid foreligge andre grunde til, at angstramte foretrækker alternative behandlere. F.eks. at deres overbevisninger og sygdomsforståelse er overensstemmende; samt at den angstramte er blevet anbefalet en alternativ behandler af en person fra det sociale netværk.

For så vidt angstramte ikke har de nødvendige økonomiske ressourcer til at dække de økonomiske omkostninger ved psykologbehandling, kan de enten søge økonomisk støtte hos kommunen eller få deres egen læge til at henvise dem. Ifølge det statistiske datamateriale er der 45,7 % af de respondenter, der modtager eller har modtaget psykologbehandling, som har fået økonomisk støtte til psykologbehandling. Omvendt udgør andelen af respondenter, der ikke har modtaget tilskud til psykologbehandling, således lidt over halvdelen. En af årsagerne til at den sidstnævnte andel af respondenter ikke har modtaget støtte kan muligvis være, at de ikke har opfyldt de opstillede krav, kriterier, betingelser etc., hvorfor disse to fremgangsmåder ikke har udgjort reelle muligheder. Dette kan videre ses i lyset af følgende udsagn:

”Der er jo nogle bestemte kategorier, du skal falde indenfor, og det synes jeg er lidt tåbeligt, når panikangst er så invaliderende, at man ikke engang kan passe sit job, så burde man kunne få noget hjælp eller et eller andet, eller få noget tilskud, noget henvisning. Men det er åbenbart kun for selvmords-, og børn der har mistet forældre, og i forbindelse med uheld og katastrofer, og sådan noget der. Det er den eneste måde, du kan få en henvisning på. Og der falder jeg ikke under nogen af dem. Så derfor var der ikke så meget at gøre.” (Bilag 7: 10).

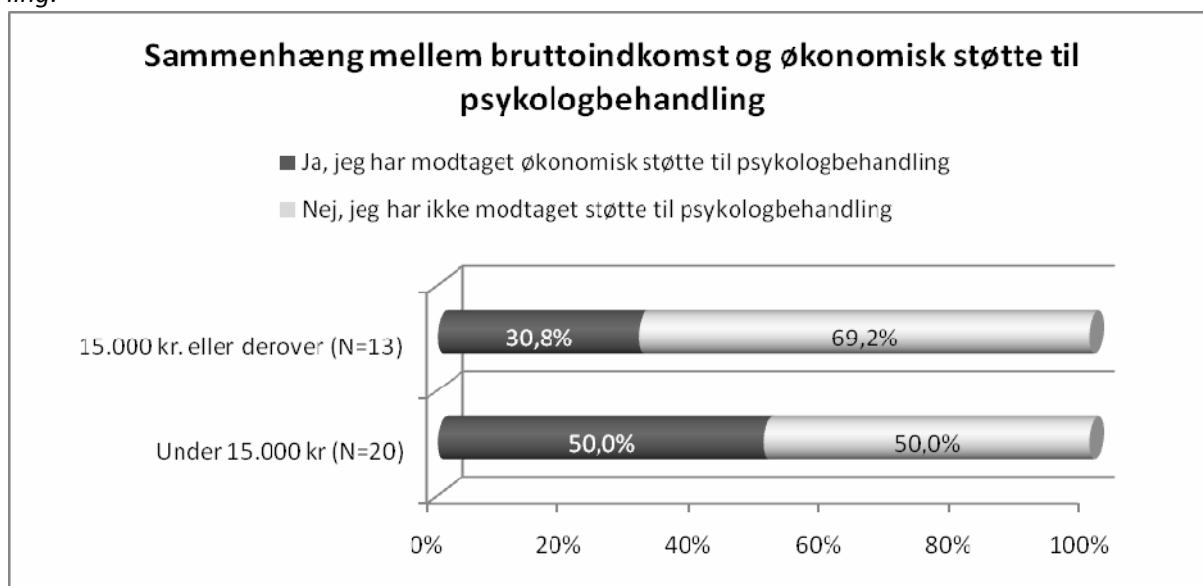
”Jeg har søgt kommunen om betaling efter alle tænkelige paragraffer, men de har givet mig afslag med følgende begrundelser: Det er ulovligt at benytte paragrafferne eller du kan bare benytte det offentlige system. Jeg ved efter mange års erfaring, at det offentlige system IKKE er i stand til at hjælpe mig. Derfor har jeg fået en enorm gæld til mine forældre, da de har valgt at låne mig penge til mine behandlinger.” (Bilag 9: 2).

Det er således kun under nogle ganske bestemte omstændigheder, angstramte kan få tilskud til psykologbehandling. Hvis ikke den enkelte har råd til det, kan det være yderst vanskeligt at få økonomisk støtte hertil, hvorfor man kan formode, at der eksisterer en del angstramte, der er forhindret i at få psykologbehandling. Mere specifikt, kan angstramte være begrænset af de strukturelle retningslinjer og procedurer knyttet til psykologbehandling såvel som deres økonomiske råderum. Dette snævre økonomiske råde-

rum kan også præge den enkelte psykolog til at udbyde færre timer, som det fremgår af følgende citat: *"psykologerne har været meget fokuserede på hvor dyrt det er for deres klienter at gå til psykolog, så derfor har de holdt sig til én samtale om måneden på trods af det anbefales, at man går en gang om ugen eller hver anden uge"* (Bilag 9: 1). Det økonomiske aspekt kan således påvirke den enkelte psykolog til at begrænse omfanget af samtaler om måneden, og det kan yderligere indsnævre angstramtes mulighed for at få en effektiv behandling.

Ud fra det empiriske datamateriale er der ergo mindst to aspekter, der spiller en væsentlig rolle i forhold til angstramtes adgang til psykologbehandling. For det første afhænger det af, hvorvidt de enkelte angstramtes vilkår stemmer overens med de gældende strukturelle rammer for tilskud til psykologbehandling. Rammer, der er fastsat, produceret og reproduceret over tid, som angstramte er og vil fortsat være underlagt, så længe disse opretholdes. For det andet afhænger det af deres økonomiske ressourcer, som jeg har valgt at benævne som **økonomisk kapital**. Begrebet er hentet fra Bourdieu's teori (1977) og er et orienterende begreb, som jeg har omdefineret med henblik på at tilpasse det til analysens fokus. Hermed skal det understreges, at jeg ikke anvender begrebet på samme måde som Bourdieu. Med andre ord har mængden af økonomiske kapital, som begrebet anvendes i specialet, ikke en sådan betydning, at den er medvirkende til at definere den enkeltes position i feltet, dvs. den enkeltes positionering i forhold til andre aktører i feltet. Derimod skal økonomisk kapital i denne analyse forstås som en økonomisk ressource, der i en given grad har indvirkning på aktørens handlemuligheder, dvs. håndtering af barrierer, og adgang til privatfinansieret behandling. Der lægges således implicit en større vægt på den subjektive dimension af begrebet, dog uden at det afvises, at økonomisk kapital kan være objektivt betinget. Men på den anden side set, kan angstramtes økonomiske kapital forøges, såfremt de er berettiget til tilskud til psykologbehandling fra de samme aktører i feltet, der opretholder de selvsamme strukturer, der definerer de givne rammer.

Diagram 4.5: Sammenhæng mellem respondents bruttoindkomst samt tilskud til psykologbehandling.



(Kilde: Egen undersøgelse.)

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at halvdelen af de respondenter, hvis månedlige bruttoindkomst udgør mindre end 15.000 kr., modtager eller har modtaget økonomisk støtte til psykologhjælp, sammenlignet med knap 31 % af de respondenter, hvis månedlige bruttoindkomst ligger på 15.000 kr. eller derover (jf. Diagram 4.5). Dette tyder på, at der er en svag sammenhæng mellem månedlige bruttoindkomst og tilskud til psykologhjælp. Dette er ikke bemærkelsesværdigt, idet man må formode, at de, der har en overvægt af økonomisk kapital selv har mulighed for at dække de økonomiske omkostninger til psykologbehandling, og omvendt. Omfanget af deres økonomiske kapital kan være afhængig af, hvor stærk eller svag deres tilknytning til arbejdsmarkedet er (jf. evt. 1 *Problemstilling*). Dog kan angstramte dog uvoligt blive sygemeldt, kortvarigt såvel som langvarigt, på grund af invaliderende angst, hvilket kan resultere i, at deres økonomiske kapital bliver stærkt forringet. De statistiske resultater fra egen undersøgelse viser videre, at størstedelen af respondenterne, dvs. 86,4 % af 44, enten er under aktivering, sygedagpengemodtager, førtidspensionist, arbejdsledig eller under uddannelse.¹⁷ Det er klart den overvejende del af respondenterne, der må formodes at have en

¹⁷ Det er vigtigt her at fremhæve, at der skal tages forbehold for den angivne procent, som ikke er repræsentativt for hele populationen af voksne angstramte, da datamaterialet bygger på en lav deltagelse. En yderligere sammenhæng der ikke bygger på et tilstrækkeligt grundlag til at

svag tilknytning eller er udstødt fra arbejdsmarkedet, hvilket formentlig har negativ effekt på deres økonomiske kapital.

En anden ressource, angstramte kan trække på, givet de ikke har tilstrækkelig økonomisk kapital, og at de ikke er berettiget til tilskud, er deres sociale netværk. Dette kan være en væsentlig ressource i forbindelse med angstramtes håndtering af forhindring for psykologbehandling. Begrebsparret socialt netværk bestående af familie, venner og kollegaer m.fl. udgør et af mine sensitiverende begreber. Med henblik på at øge forklaringskraften kan socialt netværk med fordel erstattes med Bourdieu's social kapital, idet social kapital rummer flere aspekter. Lige såvel her som ved økonomisk kapital tillægges **social kapital** en anden betydning, end den der forefindes hos Bourdieu. **Social kapital** forstås her som en potentiel ressource der ligger i den givne aktørs sociale netværk, denne kan have i forhold til at øge en anden form for kapital, der har betydning for, i hvilken udstrækning aktøren formår at håndtere barriererne og mulighederne i sygdomsfeltet med henblik på forebyggelse af angstlidelsen. Informanternes **social kapital** kommer til udtryk ved, at deres sociale netværk i nogle tilfælde har ved hjælp af deres økonomiske kapital, muliggjort, at de enkelte informanter har kunnet modtage psykologbehandling. I visse tilfælde har det i en eller anden grad været en forudsætning for, at de pågældende informanter har kunnet **gennemføre** et behandlingsforløb hos en psykolog, hvilket følgende citat indikerer: "Jeg går til psykolog, og jeg har fået hjælp fra min mor og mormor. Og jeg har heldigvis haft en så god opsparing, at jeg selv har kunnet haft penge til at gå til psykolog. Jeg har brugt mange, mange tusinder på det" (Bilag 4: 32). Angstramtes **social kapital** kan have betydning for, hvorvidt de formår at overkomme og håndtere barrieren for psykologbehandling. Derudover kan deres sociale kapital spille en rolle i forhold til angstramtes andre aspekter af deres sygdomsadfærd, hvilket jeg vil komme nærmere ind på i analysen af de relationelle barrierer og muligheder.

4.3.3 Opsummering

Jeg har foroven redegjort for de udvalgte aspekter af strukturelle forhold, herunder behandlingssystemets mangel på specialiserede behandlere, der afspejles i lange venteti-

inddrage her af samme grund er sammenhængen mellem indkomstniveau og nuværende primære beskæftigelse.

der og ventelister, samt adgangen til psykologbehandling. Disse objektive forhold danner rammer om og har indvirkning på angstramtes handlerum. Denne generelle mangel på specialiserede behandlere, der kan tilbyde relevant angstbehandling, udgør i overvejende grad en barriere frem for en mulighed. Det er en strukturel betinget barriere, der står uden for den enkelte angstramtes magt at forandre, idet den er objektiv og samfundsmæssig. I modsætning hertil kan adgangen til psykologbehandling både betragtes som en barriere og mulighed. Den kan opleves som en forhindring blandt angstramte, såfremt de ikke kan opnå tilskud til psykologbehandling. Omvendt kan den optræde som en mulighed under forudsætning af, at angstramte er berettiget til tilskud.

Endvidere har jeg identificeret mindst to aspekter, der kan have betydning for, i hvilket omfang og hvorledes angstramte håndterer de udvalgte strukturelle barrierer. Det gælder angstramtes økonomiske og social kapital. Disse begreber udspringer fra Bourdieu's teori, og som jeg efterfølgende har bestræbt mig på at tilpasse til de empiriske fund. Af den grund skal videreudvikling af disse begreber betragtes som led i udvikling af min adaptive teori. Det, der dog lader til at have signifikant betydning for angstramtes mulighed for tilskud, er ikke 'beholdningen' af deres økonomiske kapital men snarere deres pågældende livsvilkår, hvilket ligger eksplicit i de strukturelle rammer og retningslinjer.

4.4 Viden og magt

Viden og magt udgør nogle underliggende objektive strukturer og fremstår mere iøjnefaldende i den relationelle og kommunikative kontekst mellem behandler og den syge. De aspekter, hvor magt og især viden udkrystalliseres i samspillet mellem aktørerne i sygdomsfeltet, kan være forbundet med position og aktørernes sygdomsforståelse og spille en central rolle i angstramtes sygdomsadfærd (såvel hverdagssygdomsadfærd som compliance/non-compliance). I analysen har jeg identificeret følgende forhold, der kan opleves som barrierer, og i modsat fald som muligheder, blandt angstramte: Sen opsporing af angst og fejlbehandling.¹⁸ Begge forhindringer kan have rod i manglende viden om lidelsen. Analysen af magtens udfoldelse i relationen mellem angstramte og behandler redegøres mere dybdegående i 7.6.1 *Ekspertdomineret relation*, hvorfor jeg blot vil berøre dette aspekt periferisk i dette afsnit.

¹⁸ Disse er ligeledes nævnt i DSI-rapporten.

Efterhånden som det empiriske datamaterialet og analysen heraf har taget form, er jeg kommet frem til, at aktørernes viden specielt om angst og angstbehandling samt magt/position i sygdomsfeltet spiller en central rolle i samspillet mellem de objektive og subjektive strukturer, hvorfor jeg har omdannet det sensitiverende begreb 'viden om angst og angstbehandling' til et orienterende begreb. Dette, for at øge den beskrivende og forklaringskraft. Begrebet erstattes med et mellemliggende begreb **videnskapital**, som er videreudviklet af Bourdieu's begreb om kapitalformerne. Jeg har med vilje ikke anvendt hans begrebspar kulturel kapital (Bourdieu 1977), fordi det ikke er aktørernes uddannelsesmæssige viden men snarere **deres viden om angst og angstbehandling m.m.**, der har betydning for den sociale dynamik i sygdomsfeltet. Selvom behandlernes viden om angst m.m. kan have rod i en institutionaliseret viden, kan angstramtes vej til denne viden forekomme ganske anderledes, selvom samme viden er produceret og reproduceret i tid og rum. Samtidig ser det ud til, at angstramtes videnskapital har betydning for ikke blot magtrelationen i sygdomsfeltet men ligeledes angstramtes sygdomsforståelse og sygdomsadfærd. Jeg vil dog undervejs i analysen komme nærmere ind på, hvilken betydning **videnskapital** spiller i sygdomsfeltet, sygdomsadfærd, samt hvordan angstramte kan indhente viden herom og dermed forøge deres den. Mit videreudviklede begreb **videnskapital** udgør en mellemliggende begrebsindikator, der sammenknytter de objektive begrebsindikatorer i form af fx magt og magtrelationer samt de subjektive adfærdsmæssige begrebsindikatorer såsom sygdomsforståelse.

4.4.1 Viden om angst og angstbehandling

En vigtig forudsætning for, at angstramte kan forholde sig til deres lidelse og situation, er i og for sig, at de bliver informeret tilstrækkeligt om angst. Praktiserende læger er typisk de første professionelle behandlere, angstramte henvender sig til i deres sygdomsforløb. Eftersom lægernes henvisning er adgangsgivende til specialiseret behandling, kan det være problematisk, såfremt disse ikke sidder inde med fyldestgørende viden om angst, navnlig forskellige behandlingstilbud. Analysen af de empiriske data peger på, at denne **videnskapital** er yderst central i forhold til opsporing af angstsygdommen og ikke mindst i forhold til angstramtes sygdomsforståelse og sygdomsadfærd. Hvis ikke angstramte ved, at de lider af angst, kan de heller ikke målrette deres sygdomsadfærd. Hvis ikke de behandlere, angstramte er i kontakt med, besidder tilstrækkelig **vi-**

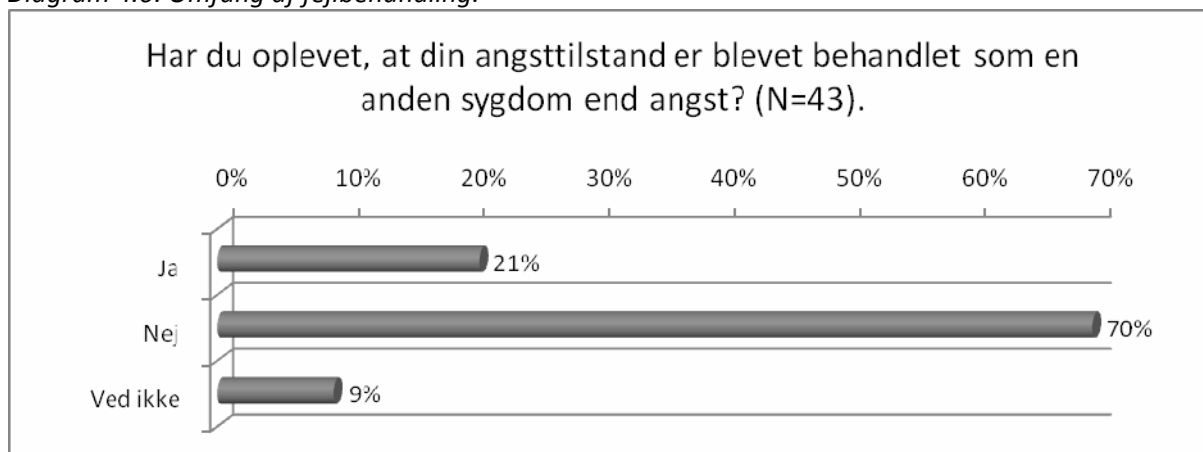
denskapital, vil de ikke være i stand til at videreformidle denne viden. For eksempel kan én af grundene til, at behandling hos en psykolog foretrækkes frem for én hos en læge, kan være følgende:

”Lægen, det var nok mest dét, at jeg kunne få læsset alt det af, som jeg har i bagagen. Så kunne jeg komme derned og fortælle om, hvordan jeg havde det, og hvordan jeg havde haft det engang. Hvorimod dét at gå til en kognitiv terapeut, der har jeg fået nogle hjælpemidler til, hvad jeg kan gøre, når jeg får det skidt, når jeg bliver ked af det. [...]. [Psykologen] har nogle tricks til, hvad man kan gøre, hvis nu man har angst, hvis man skal i et supermarked eller sådan noget. Så har [psykologen] en masse idéer til, hvad gør man, hvordan man snyder sin hjerne lidt, og det har lægen jo ikke nogen forudsætninger for.” (Bilag 7: 6).

Selvom informantens læge har ført en række samtaler med informanten, har dennes behandlingsforløb hos psykologen været mere gavnligt og effektivt, idet psykologen har haft den nødvendige viden om, hvordan angstramte kan håndtere lidelsen i hverdagslivet. Det har læger ingen forudsætninger for.

Hvorvidt opsporing samt diagnosticering af angst kan finde sted relativt hurtigt, efter at angstsymptomerne er fremkommet, kan være afhængig af behandlernes viden om angst. Inden jeg kommer nærmere ind på behandlernes viden om angst m.m. præsenteres resultaterne vedrørende en væsentlig barriere bestående af fejlbehandling af angstlidelserne. Der kan naturligvis være andre årsager til fejlbehandling, hvilket jeg vender tilbage til i 4.5.1 *Ekspertdomineret relation*. I DSI-rapporten skønnes der, at der oftest sker fejlbehandling af angstsygdomme, hvilket ikke kan bekræftes alene ud fra det statistiske datamateriale fra min egen spørgeskemaundersøgelse.

Diagram 4.6: Omfang af fejlbehandling.



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Ud fra ovenstående Diagram 4.6 udgør andelen af respondenter, der har oplevet fejlbehandling af angst, 21 % af 43, og omvendt har 70 % af respondenterne ikke været udsat for fejlbehandling. Det er således blot en femtedel, der er blevet fejlbehandlet. Det tyder på, at omfanget af fejlbehandling forekommer sjældnere sammenlignet med korrekt behandling, og at det muligvis ikke er så omfattende som antaget i DSI-rapporten. I øvrigt havde respondenterne mulighed for at uddybe, hvilken anden fysisk sygdom eller hvilke andre fysiske sygdomme deres givne angsttilstande er blevet forvekslet med, og disse er følgende (jf. boks 4.7):

Boks 4.7: Uddybning af fejlbehandling.

Spørgsmål: Såfremt du har erfaret, at din angsttilstand er blevet behandlet som en anden sygdom, må du gerne uddybe nærmere herom:

Astma

Jeg har bl.a. haft virus på balancenerven - som senere har vist sig at være angst. Men har også haft maveproblemer som der ikke blev fundet løsning på.

Neurologisk undersøgelse pga. stikken/prikken i kroppen. (Man fandt ingen fysiologisk forklaring)

Var for 6 år siden indlagt i 14 dage på hospital til observation for blodprop/ hjerneblødning, epilepsi. Den endelige diagnose - stress/angst - blev først endelig konstateret i 2007 – for så vidt det angår angst.

ADHD [eng. Attention Deficit/Hyperactive Disorder]. Ved egentlig ikke hvorfor de troede det.

Jeg har i begyndelsen af forløbet været indlagt på hjerteafdelinger med hjerteflimmer forårsaget af panikanfald. Det var harmløst og jeg blev altid udskrevet indenfor et døgn, men ordet angst, blev kun nævnt af en tilfældig forbipasserende sygehjælper. Derimod talte de hele tiden om stress...

(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Ud fra ovenstående Boks 7.4 kan der forefindes en bred vifte af undersøgelser, herunder fysiologiske og neurologiske, før den endelige angstdiagnose bliver fastsat. Det er typisk lægen, der henviser til sådanne undersøgelser. I og med det i den ekspertdominerede form for relation primært er behandleren, i dette tilfælde lægen, der sætter relevanskriterierne kan det vanskeliggøre opsporing af angst, for så vidt behandleren ikke besidder tilstrækkelig **videnskapital**.

Manglende viden om angst og angstbehandling hos lægen kan føre til, at angstpatienten bliver sendt til forskellige undersøgelser for at udelukke de sygdomme, som lægen antager ud fra sin givne ekspertviden. Endvidere har en anden informant, Lis, givet udtryk for, at såvel hun og hendes daværende læge har været helt og holdent overbevist om, at hun led af en fysisk sygdom, og samtidig har denne sygdomsforståelse vundet opbakning hos den praktiserende læge, og vice versa. Herom fortæller hun: *"[...] jeg troede jo helt inderligt på, at jeg var syg. Han fortalte mig jo allerede første gang om den hjertesygdom, som jeg højst sandsynlig har"* (Bilag 4: 3). Hun fik at vide ved lægen, at det muligvis var en sjælden hjertesygdom, som normalt kun forekommer hos ældre mennesker, og slet ikke hos en *sportspige* som hende. Med andre ord kan informantens læge have haft tendens til i overvejende grad at fokusere på sygdomsdiagnosticering på en formodet fysisk sygdom frem for at søge efter socialpsykologiske årsager til sygdommens fremkomst, hvilket ligger i tråd med Balint's forståelse. I sin søgen efter en diagnose til den formodede fysiske sygdom, sendte lægen Lis til forskellige fysiologiske undersøgelser på sygehuset (jf. evt. Bilag 4: 3). Resultaterne fra disse test kunne dog ikke bevise, at der var tale om en hjertesygdom. Til trods for dette holdt hendes læge vedvarende fast ved denne sygdomsforståelse. Lis satte sin lid til lægens ord, hvorfor hun ikke satte spørgsmålstegn ved hans dømmekraft. Det vil sige, at hun havde *"fuld tillid til det. 100 procent. De havde bare ikke lige fundet beviset for det. Det var [hun] helt sikker på, fordi [hendes] læge kunne sige det. Hvem vil være mere troværdig end [ens] egen læge?"* (Bilag 4: 4). Når angstramte ikke ved, hvad de fejler, vender de sig til de professionelle behandlere som forudsættes at besidde en større viden om sygdomme og lidelser. Lægens formodning samt anvisninger i forbindelse med, hvad hun skulle gøre, når anfaldene kom, var således medvirkende til at styrke hendes overbevisning om, at det var en hjertesygdom. Retrospektivt har in-

formanten udtalt, at den omtalte læge *"har altid været [...] flink, og ham har [hun] altid været glad for. Men alligevel, så har han bare ikke vidst noget om angst. Det måtte han jo ikke have gjort, ud fra de symptomer [hun] havde, at han ikke kunne konkludere, at [hun] har angst"* (Bilag 4: 15). At informanten er blevet fejlbehandlet hos sin læge lader umiddelbart ikke til at påvirke hendes opfattelse af ham negativt. Derimod er hun kommet til den slutning, at fejlbehandlingen ikke skyldes manglende vilje til at hjælpe hende eller tage hende alvorligt, men at det skyldes uvidenhed eller manglende viden. Efterfølgende har informanten valgt at skifte læge. Manglende viden om angst hos egen læge og sen opsporing af angst, sygdomsangst for Anns vedkommende, hvilket kan udledes af følgende skildring:

"[...] den læge, jeg havde dengang, jeg havde tit sådan en masse fornemmelser. Og jeg var bange for, at jeg var syg og sådan noget. [...]. Og jeg har været bange for, at jeg skulle have noget sklerose og sådan noget. Jeg synes, at han burde have været opmærksom på, at det havde været sådan noget sygdomsangst. Det var ham, der sendte mig til de der scanninger for at kunne udelukke noget." (Bilag 5: 4).

Andre grunde der kan nævnes til, at læger foretrækker diagnosticering af fysiske sygdomme frem for psykiske lidelser, er ifølge Balint, for det første at lægeuddannelsen ikke rummer reelle og brugbare termer til beskrivelse af ikke-psykotiske psykiske lidelse. Det kan betyde, at de simpelthen ikke opnår den nødvendige og tilstrækkelig **videnskapital** gennem deres faglige uddannelse. For det andet, påpeger Balint, at en korrekt stillet diagnose på en fysisk sygdom kan straks lede lægen videre til en given behandling, hvorimod procedurerne og behandling for psykiske lidelser kan være vanskeligere og mere kompliceret (Balint 1964: 44).

På trods af dette foreligger der dog en åben mulighed for, at opsporingen af angstlidelse ikke nødvendigvis behøver at finde sted hos den praktiserende læge. Der ligger et potentiale blandt andre behandlere i det professionelle behandlingssystem end angstramtes egen læge. I det kvalitative datamateriale foreligger der eksempler på, at andre behandlere end egen læge har bemærket og efterfølgende gjort de pågældende informanter

opmærksomme på, at symptomerne enten kan være afledt af angst/panikangst eller blot en psykisk lidelse. Ann beretter her om hendes erfaring med en speciallæge i følgende citat:

"Hun havde været sådan 50 eller 60, altså en moden dame. Og hun kiggede på mig[...]. "Der er ikke noget galt", sagde hun. [...]. Jeg kan ikke huske ordene der faldt, men jeg har aldrig glemt det. Det er svært at gengive. Men i hvert fald så havde hun set lige igennem mig. Hun kunne godt se, hvordan jeg havde det. At jeg var angst og sådan noget. Jeg tror ikke, at hun brugte ordet angst. [...]. Jeg havde ikke sagt noget til hende. Måske var det, fordi jeg ikke havde noget med halsen? Måske kunne hun på den måde regne ud, at det var psykisk betinget? [...]. Jeg sagde også til hende: "Hvordan kan du se det? Hvordan kan du se det på mig?". Jamen, det kunne hun, for hun var en gammel erfaren læge. Sådan noget kunne hun se på folk. [...]. Hun satte mig bare lidt på sporet dengang. [...]. Hun sagde, at det var alvorligt. "Du skal gøre noget ved det snart. Du skal ikke vente, for så er det for sent". (Bilag 5: 10).

Af citatet ovenfor kan dette udledes: ved hjælp af en øget opmærksom suppleret med en relevant viden og erfaring hos denne speciallæge, har det ikke desto mindre været muligt, at den pågældende angstramte har fået indsigt i, at hendes lidelse ikke er fysisk betinget. Samtidig er det også væsentligt, at behandleren videreformidler denne viden eller sin formodning til patienten. På den måde kan den sociale konstruktion af patientens sygdomsforståelse til udtryk. Til trods for informanten ikke ved denne konsultation finder frem til, at hun lider specifikt af angst, er hun dog blevet gjort opmærksom på, at det sandsynligvis er psykisk-relateret. På dette tidspunkt har informanten ment, at hun blot har haft nogle underlige og mærkelige tanker, hvorfor hun ikke er gået videre i behandlingssystemet med det.

Vendes blikket mod angstramtes viden om deres lidelse, som jeg indtil videre blot har berørt perifert, kan dette ligeledes have betydning for, hvor tidligt eller sent i deres sygdomsforløb de finder ud af, at de har en psykisk lidelse og efterfølgende tager kontakt til deres læge eller en anden behandler. Disse tre aspekter, altså viden, sygdomsforståelse

og sygdomsadfærd, er indhyllet i et tæt sammensurium, og disse indgår i en gensidig vekselvirkning med den anden aktørs, en given behandlers, viden og sygdomsforståelse. I det kvalitative datamateriale er der fundet flere årsager til, at angstramte afstår fra at tage kontakt til en professionel behandler, selvom angstlidelsen opleves som svær. Disse ikke-handlinger er vigtige at trække frem, idet dette kan give klarhed over, hvilke barrierer angstramte oplever. Ikke-(forebyggende)-handlinger kan være afledt af, for det første, at angstramte selv kan være af den opfattelse, at tankerne, tegnene eller de fysiske symptomer på angst ikke er særlige alvorlige, dvs. at disse forveksles med en psykisk belastning. Der er jo *"forskell mellem at være psykisk belastet og være i en livssituation som er svær og lægger pres på én og være psykisk syg"*, ifølge Susan, for *"[hun] var godt klar over, at [hun] havde det dårligt psykisk inde"* (Bilag 8: 28). For det andet kan ikke-handlinger ses i lyset af, at angstramte i en vis grad antager, at disse diffuse symptomer ikke hører til lægens felt. For eksempel tog en af informanterne ikke kontakt til hendes egen læge, på trods af at angsten var omfattende og påvirkede mere eller mindre alle aspekter af hverdagslivet gennem en lang årrække, for *"man går jo ikke til lægen med en truende og farlig verden, fordi hvad har lægen med det at gøre? Det har han jo ikke noget med at gøre"* (Bilag 8: 2). På den ene side kan informantens tilbageholdelse fra henvendelsen til sin egen læge vedrørende symptomerne være forbundet med tabuisering af angstlidelsen¹⁹. På den anden side kan dette tolkes således, at den pågældende informant forudsætter, at angstramtes konkrete sygdomsforståelse ikke har den tilstrækkelige relevans hos egen læge som primært beskæftiger sig med fysiologiske relaterede sygdomme og ikke psykisk relaterede sygdomme.²⁰ I kraft af praktiserende lægers position, dvs. som adgangsnygler til specialiseret behandling, kan det være problematisk, såfremt angstramte har en sådan opfattelse og derfor ikke kontakter deres egen læge med henblik på at komme i professionel behandling. Det kan betragtes som en bremsekloks beroende på angstramtes manglende indsigt i deres lidelse og behandlingsmuligheder herfor. Formodentlig kan denne barriere overkommes ved en øget oplysning ge-

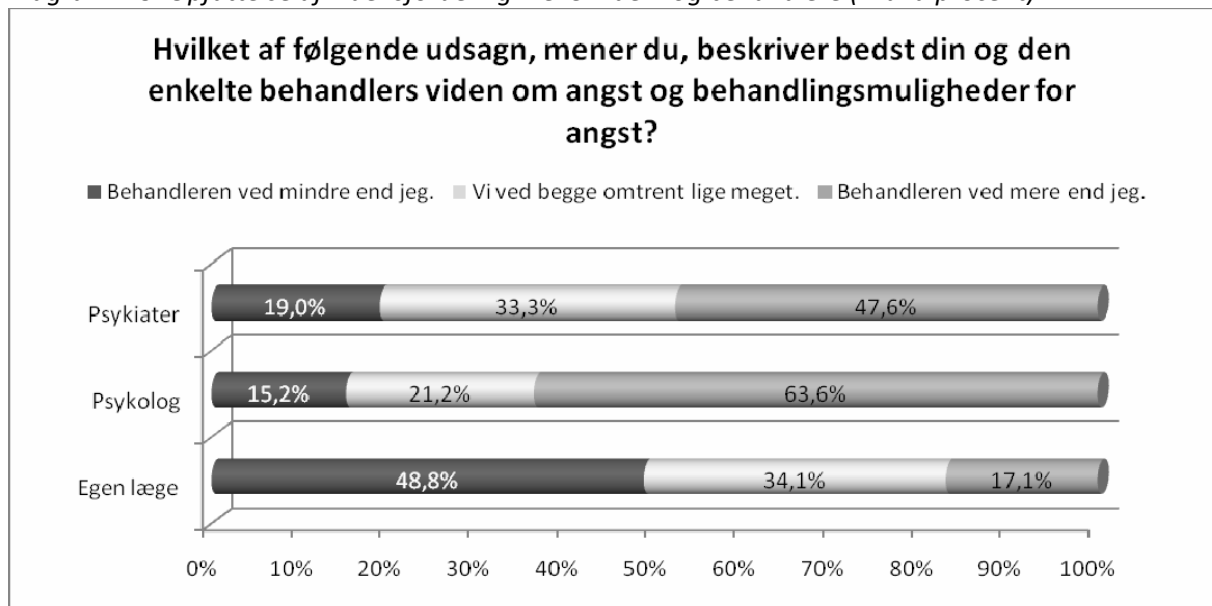
¹⁹ Aspektet vedrørende tabuisering af angst har jeg valgt at afgrænse mig fra at undersøge dette dybdegående, dog vender jeg tilbage til temaet i henhold til analysen af tillidens betydning i **XXX Samarbejdsrelationen**.

²⁰ Som nævnt er det dog ikke ensbetydende med, at angstlidelsen ikke oplevedes som svær hos angstramte (jf. evt. Bilag 8:2). Informantens oplevelse af angsttilstanden var mere eller mindre gennemgående i ti år, inden hun omsider fik professionel behandling herfor.

nerelt i samfundet om angst (symptomerne og tegnene), konsekvenser ved invaliderende angst og behandlingsmuligheder. Denne viden er yderst central, ikke blot i forhold til deres sygdomsforståelse men lige såvel i forhold til at målrette deres sygdomsadfærd, så de kan undgå at lide af ubehandlet angst. Mere præcist, kan indsigten i deres lidelse føre til en øget kontrol over deres lidelse, eller føre til at de genvinder kontrollen over deres hverdagsliv gennem forebyggende handlinger.

Sammenlignes **videnskapitalen** blandt angstramte og deres forskellige behandlere fremstår det tydeligere, at en større andel af respondenterne er af den opfattelse, at deres pågældende psykiatere og psykologer besidder større viden om angst m.m. end dem (jf. diagram 4.8). Dette er naturligvis ikke specielt overraskende, da disse behandlere er uddannet inden for psykiske sygdomme og derfor har alle forudsætninger for at være bedrevidende på området.

Diagram 4.8: Opfattelse af vidensfordeling mellem dem og behandlere (i valid procent).



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Cirka hver anden respondent har angivet, at deres læge ved mindre om angst og behandlingsmuligheder for angst end de, hvilket kan siges at udgøre en betydelig andel. Udover dét, at læger ikke uddannet inden for psykisk relaterede sygdomme, kan resultatet her ydermere ses i lyset af angstramtes aktive indsats for at erhvervelse af viden om deres

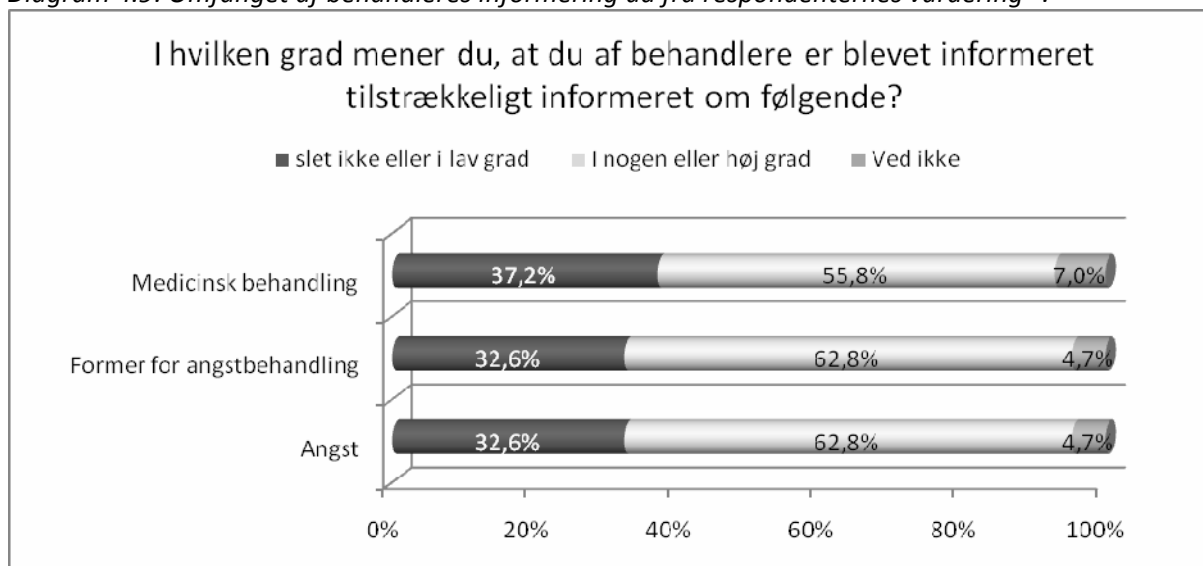
lidelse rettet mod en dybere forståelse af den. Omtrent 17 % af respondenterne mener, at deres læge ved mere om angst etc. end de. Såvel psykiatere og psykologer opfattes som rigere på kundskab om angst m.m. end respondenterne. Der er dog en relativ større andel af svarpersoner (63,6 % af besvarelsenerne), der mener, at deres psykolog er bedrevidende om angst end de, sammenlignet med andelen, der angiver, at deres psykiater ved mere om angst (47,6 % af besvarelsenerne). På den ene side kan disse tal have rod i, at psykiatere reelt set besidder mindre **videnskapital** end psykologer, hvilket fx Hanne har erfaret (jf. evt. Bilag 6). På den anden side kan angstramtes opfattelse forklares ved, at deres psykiater ikke har formidlet deres viden om angst til angstpatienterne (på trods af de formentlig har tilegnet sig tilstrækkelig viden herom), fordi de lægger mest vægt på medicinsk behandling. Ydermere kan respondenternes opfattelse af behandlernes **videnskapital** være tæt forbundet med, hvorvidt de anser de enkelte behandleres position i sygdomsfeltet som legitim. Dette kan hænge sammen med behandlernes grad af kompetence ud fra angstramtes vurdering.

4.4.2 Tilegnelse af viden

Tilegnelse af viden om angst m.m. betragtes grundlæggende set som patienters anskaffelse af viden med henblik på forøgelse af deres **videnskapital**. Dette er en yderst central dimension, der hænger uløseligt sammen med patienternes sygdomsforståelse og sygdomsadfærd. I den førstnævnte kontekst kan vidensformidling være stærkt forbundet med magt. Ifølge Freund et al (2003: 226), kan behandlere forsøge at sikre deres professionelle magt gennem kontrol af "*flow of information*". Freund et al argumenterer videre herfor i følgende citat: "*The more information patients have, the better able they are to understand their situation, evaluate options, and participate in treatment decisions. But such evaluation and decision making is often threatening to the physician's control of the case*" (Freund et al 2003: 227). Af citatet kan det således udledes, at patientens tilegnelse af viden også kan have betydning for deres valg af behandling og deltagelse i beslutninger vedrørende behandlingsformen, hvoraf sidstnævnte kan betragtes som en trussel mod behandlerens kontrol af sagen. Ud fra denne forståelse kan man formode, at behandlere vil forsøge at beskytte deres magt og position i relationen ved at tilvejebringe mindre eller slet intet adækvat information til angstpatienterne. Resultater fra det kvantitative datamateriale peger tværtimod på, at angstramte finder behandlernes videre-

formidling af oplysninger vedrørende angst, medicinsk behandling og andre behandlingsformer tilstrækkelig (jf. Diagram 4.9).

Diagram 4.9: Omfanget af behandleres informering ud fra respondenternes vurdering²¹.



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Som det fremgår af ovenstående Diagram 7.6, har ca. to ud af tre respondenter vurderet, at de i nogen eller høj grad er blevet tilstrækkeligt informeret om forskellige former for angstbehandling og angst. Og omtrent én ud af tre mener, at de slet ikke eller i lav grad er blevet oplyst om disse tre aspekter af behandlerne. Tilsvarende har 55,8 % af respondenterne angivet, at de i nogen eller høj grad har fået fyldestgørende information om medicinsk behandling, og omvendt mener 37,2 % af respondenterne, at de i lav grad eller slet ikke er blevet informeret tilstrækkeligt herom. I netop dette spørgsmål er der ikke sondret mellem de forskellige behandleres vidensformidling, men respondenterne er blot blevet bedt om at besvare spørgsmålet ud fra deres generelle opfattelse. Paradoksalt nok, har samtlige respondenter med undtagelse af to søgt at tilegne sig mere viden, selvom hovedparten af disse mener, at behandlerne formår at informere dem. Dette kan forklares dels ved, at respondenterne muligvis har vurderet, at behandlerne har givet dem de mest væsentlige oplysninger på det givne tidspunkt i betragtning af

²¹ Resultatet her angiver blot svarfordelingen blandt de respondenter, der har taget initiativ til at søge information om angst og angstbehandling. Det vil sige, at de to respondenter, der modsat ikke har taget dette initiativ, er blevet frasortet.

behandlernes tid og ressourcer, og efterfølgende har de på eget initiativ suppleret informationen. Muligvis kan det skyldes, at respondenterne, ligesom informanten med følgende udsagn, har søgt information, inden de henvender sig til læge: "*Dengang jeg kom ind til min læge, da havde jeg undersøgt alt om medicin og det hele inden [...] (Bilag 4: 16).*" Dels kan det forklares ved, at mindre information fra behandleren til patient kan have betydning for, hvorvidt en behandling indledes, en behandling, der senere kan vise sig at have været gavnlig for informanten. Følgende citat af en af informanterne kan tilnærmelsesvis kaste lys over dette:

"Hun sagde til mig, dengang jeg var oppe og hente dem eller oppe og få recepten til dem, at det var det, som man kaldte for lykkepiller, og at jeg skulle være sød og give dem en chance, og at der kunne opstå noget ubehag, og jeg kunne få nogle underlige drømme, og at jeg kunne få lidt forstærket angst i starten, men at det ville gå over, det kunne jeg være fuldstændig sikker på. At det vil være den første uge eller 14 dage, at da ville jeg ikke kunne mærke den store forskel. Jeg ville stadigvæk have det skidt, men så ville de begynde at virke bagefter. Hun gik ikke sådan i detaljer. Hun sagde ikke noget med, at du kan få kvalme, at du kan få søvnbesvær, at du kan få diarré. Det gjorde hun ikke. Hun fortalte, at jeg kunne få noget ubehag i starten, og det ville fortage sig. Jeg tror egentlig, at det var den bedste måde, fordi dengang jeg kom hjem, da læste jeg jo sedlen bagved om alle de bivirkninger, og da fik jeg nærmest et chok." (Bilag 7: 7).

Det tyder på, at informantens læge på baggrund af sin viden om medicinen har oplyst informanten om nogle af medicinens bivirkninger, overordnet og uden at gå i detaljer. Hvis lægen i givet fald informerer angstramte om samtlige bivirkninger, der er knyttet til præparatet, hvoraf nogle af bivirkningerne forekommer hyppigere end andre, kan det afskrække denne fra at indlede den medicinske behandling. Ud fra nogle synsvinkler kan dette have en iboende manipulation. Dette er i overensstemmelse med Svend Andersens forståelse af informeret samtykke med udgangspunkt i *patienten som bærere af livskvalitet*, hvilket indebærer, at behandleren tilvejebringer information ud fra et etisk grundlag, nemlig at søge at øge patientens livskvalitet på bedst mulig vis (Andersen 1997: 48).

Selv mener den pågældende informant, at det formentlig har været bedst, at lægen ikke er gået i detaljer.²² På den anden side er der andre informanter, der udtrykker et ønske om, at behandlerne har informeret mere, end de har gjort, især hvor de kan søge informationen. Dette lader til at være tilfældet hos Lis: *"Selvom jeg er glad for min psykolog, så vil jeg godt have ønsket, at det var anderledes, at han havde sagt "prøv at gå ind og google det", "prøv at gå på biblioteket", - der er simpelthen så mange bøger om det, "prøv det og det". Der er jo rigtig mange ting"* (Bilag 4: 6). På trods af behandlingen hos den pågældende psykolog har haft en gavnlig effekt hos informant, ser det ud til, at den manglende vejledning, i forhold til hvor hun kan finde mere information om angst m.m., har udgjort en barriere i forhold til bekæmpelse af lidelsen. Videre siger Lis, at *"der er titusinder af andre muligheder, så fortæl mig om dem, og så lad mig tage mit eget valg"* (Bilag 4: 16). Citatet her skal ses i forlængelse af en konsultation med hendes nuværende læge der har ment, at hun skal i medicinsk behandling, hvilket er i modstrid med hendes egen overbevisning. Informantens ønske om at blive informeret om de forskellige behandlingsmuligheder og efterfølgende selv tage stilling til, hvilken form for behandlingsmulighed der egner sig til hende, er i overensstemmelse med Svend Andersens forståelse af *"patienten som rationel beslutningstager"* (Andersen 1997: 45f.). Sådanne ønsker kan give anledning til konflikter i relationen mellem den enkelte og dennes behandler. Jeg vil dog komme nærmere ind på, hvorledes relationen mellem denne informant og hendes læge udfolder sig, og hvilke konsekvenser dette har for informantens oplevelse.

Uanset om den givne behandlers formidling af viden til informanterne har været tilstrækkelig eller utilstrækkelig, har samtlige informanter i vidt omfang selv taget initiativ til at søge information om angst og behandlingsmuligheder. Det er oftest sket i hverdagslivets kontekst. Her har de blandt andet haft stor gavn af Angstforeningens hjemmeside, andre hjemmesider om psykiske lidelser, bibliotekerne, medierne og andre kilder. Betingelserne for at indhente oplysninger om angst er således til stede i samfundets videnforråd. Der ligger derfor et potentiale for behandlere at oplyse angstramte, at der

²² Den medicinske behandling var dog ikke en succes, idet den pågældende informant oplevede en del af medicinens bivirkninger.

eksisterer en bred vifte af litteratur og andre medier om angst, uanset om de vurderer, hvorvidt patienten har overskud til det eller mangel på samme.

Angstramtes **social kapital** kan yderligere spille en central rolle i forhold til angstramtes tilegnelse af viden. I nogle tilfælde har det i og for sig ikke været professionelle behandlere der har givet informanterne den grundlæggende viden, men det har snarere været deres sociale netværk²³. Grunden til, at Lis har vidst om de forskellige muligheder for at indhente information, er, at hun har fået indsigt i dette gennem hendes mor, hvilket hun beretter om i følgende citat:

"Og så ser min mor tilfældigvis en aften i Go' aften Danmark, at der er en pige, der har skrevet en bog sammen med ni andre der har haft angst. Der har de skrevet om hver deres behandlinger, og den var lige udkommet. Så ringer min mor til mig og siger, at den skal jeg købe. Så tager jeg derind dagen efter og køber den og læser den igennem på ingen tid. Og så finder jeg ud af, at det egentlig er et generelt problem." (Bilag 4: 5).

"Og igen, jeg havde nok selv været samme sted for et halvt år, hvis min mor tilfældigvis ikke havde set om den bog der i Go' aften Danmark [...]. Det var bare en tilfældighed. Det var først der jeg tænkte, at "what? Så er der noget, jeg kan gøre". Det havde jeg aldrig nogensinde vidst før. Så der et eller andet hul i det hele, synes jeg." (Bilag 4: 32).

Citatet antyder, at det har haft en stor betydning for informanten, at hendes mor har fortalt hende om Tv-programmet og den omtalte bog. Ved hjælp af bogen har informanten fundet ud af, at angstlidelse er et generelt problem, at hun er én ud af mange, og at hun ikke står alene med denne lidelse. Dette har haft væsentlig betydning for hendes sygdomsforståelse, og efterfølgende har hun anvendt nogle af terapeutiske/kognitive redskaber fundet i andet litteratur med henblik på helbredelse af tilstanden. Det er imidlertid påfaldende, at dette reelt set bunder i en tilfældighed, og at det ikke er sket via en af behandlernes indsats i at oplyse. Det sociale netværk kan ligeledes være til stor hjælp

²³ Det sociale netværk består for så vidt af familiemedlemmer, venner, kollegaer og eventuelle andre angstramte.

med hensyn til forslag af forskellige behandlingsmuligheder, såvel inden for det alternative som det professionelle behandlingsfelt. Jeg skal dog ikke vurdere, hvorvidt alternativ behandling er effektiv eller ineffektiv, men blot påpege at det sociale netværk kan udgøre en vigtig ressource. **Social kapital** kan ergo spille en fremtrædende rolle i at tilvejebringe forudsætninger for at øge **videnskapitalen**, fremme sygdomsforståelsen og målrette sygdomsadfærden (såfremt behandlerne ikke formår dette). Uanset hvor omfattende angstramtes viden om deres lidelse bliver som følge af tilegnelse af denne viden, vil de have vanskeligt ved at opnå en højere position end deres behandler, da magtrelationen, som er historisk betinget, på forhånd er givet ved behandlernes *kulturelle kapital* og lige såvel deres professionelle stilling (Bourdieu 1977).

Forskellen mellem og betydningen af behandlerens og patientens **videnskapital** kan forstærkes, såfremt relationen er karakteriseret ved en ekspertdomineret relation. Hvis ikke behandleren er eller anses for at være tilstrækkelig kompetent til at behandle patienten, kan relationen lide under det, idet patienten betvivler behandlerens position og dermed legitimitet. Analysen af disse aspekter foreligger i *4.4 Relationen mellem angstramte og behandler*.

4.4.3 Opsummering

Med hensyn til de strukturelle aspekter: Viden og magt, er jeg indtil videre kommet frem til, at aktørernes **videnskapital**, dvs. viden, der er forbundet med angst, og **ikke** den professionelles generelle ekspertviden er nøje forbundet med dynamikken i sygdomsfeltet. Manglende **videnskapital** blandt læger og omvendt fyldestgørende **videnskapital** blandt psykologer og psykiatere beror på deres forskellige faglige paradigme og specialiseringer. Denne forskel har betydning for, hvilken opfattelse angstramte har af behandlernes omfang af viden om angst m.m., hvorfor dette også afspejles i sammenligningen mellem deres og behandlerens viden herom. Mere konkret, oplever en større andel af angstramte, at de ved mere om angst end deres læge, og mindre om angst end deres psykolog og/eller psykiater. Jeg har konstateret, at manglende viden om angst blandt læger kan føre til sen opsporing samt fejlbehandling af angst. Dette muliggøres ved, at såvel lægen og angstramtes sygdomsforståelse opretholdes og påvirkes indbyrdes. Så længe lægen stadig opfattes som eksperten, som den der ved bedst, drages dennes anta-

gelses ikke i tvivl, hvorfor angstpatienten følger lægens anvisninger. Tvivlen viser sig først, når gentagne fysiologiske undersøgelser giver negative resultater. Dog eksisterer der et vist potentiale i specialiserede læger, idet disse kan sætte angstramte på sporet af, at deres lidelse af psykisk-relateret og ikke fysisk relateret. Én af de handlinger, angstramte forsøger at overkomme denne barriere i form af manglende viden hos egen læge, der grundlæggende set ikke kan pålægges den enkelte læge men snarere det faglige uddannelse, er behandlerskift. Dette kan betragtes som patientens autonomi og frihed til at vælge behandler.

En af de væsentligste forudsætninger for en 'korrekt' sygdomsforståelse og en øget målrettet sygdomsadfærd er, at angstramte tilegner sig relevant viden om deres lidelse. For det første kan det finde sted i selve sygdomsfeltet, ved at behandleren formidler sin viden til patienten, hvilket afhænger af behandlerens **videnskapital**. For det andet kan det foregå uden for sygdomsfeltet, hvor angstramtes ressource i form af **social kapital** spiller en betydelig rolle i tilegnelse af viden. Uanset hvor megen viden om angst etc. angstramte indhenter, samt i hvilken grad lægens position opfattes som legitim, vil det oftest være vanskeligt for angstramte at dominere sygdomsfeltet, idet magtrelationerne er historisk betinget.

4.5 Relationen mellem angstramte og behandler

Først og fremmest vil jeg her understrege, at jeg anvender Knudsens typer af relationer som idealtyper. De barrierer, der kan forekomme i den ekspertdomineret relation, optræder oftest i faserne, inden angstdiagnosen bliver stillet. I og med angst udgør en ikke-psykotisk psykisk lidelse, kan lidelsen være vanskeligere at få udredt i denne type af relation, hvor det medicinske perspektiv er dominerende, end i en samarbejdsrelation, hvor den patientens subjektive oplevelser får større vægt.

Eftersom nogle angstramte kan opleve, at deres lidelse er forbundet med tabu; *ting, som [de] ellers ikke vil fortælle andre* (Bilag 4: 42), kan tillid til behandleren udgøre en central forudsætning for opnåelse af fortrolighed og åbne muligheden for etablering af en samarbejdsrelation. Angstlidelse kan være forbundet med tvangstanker og nogle angstramte kan få en oplevelse af, at det er *pinligt, at man tænker sådan nogle ting* (Bilag 4: 42). Med

tillid kommer der også åbenhed. Etablering af en konstruktiv relation mellem den enkelte angstpatient og dennes behandler er afhængig af den angstramte grad af tillid til sin behandler. Begrebet tillid er et orienterende begreb, og ifølge Mechanic & Meyer, der har forfattet artiklen "*Concepts of trust among patients with serious illness*" (2000), er tillid uløseligt knyttet til behandlerens interpersonelle kompetence. Interpersonel dækker over den enkelte behandlers forståelse for patientens individuelle erfaringer, omsorg og pleje, at kommunikere klart og tydeligt, og etablere et samarbejde beroende på ærlighed og respekt for patienten. Behandlers interpersonelle egenskaber kan komme til udfoldelse via følgende karaktertræk: at være kort for hovedet; arrogant; opmærksom; nedladende; distraheret; venlig; ærlig; ikke-fordømmende; professionel; beroligende; respektfuld; lydhør/sympatisk indstillet; sensitiv; oprigtig; varm og forstående. Disse træk vægtes oftest højest blandt patienter med alvorlig lidelse. Andre karaktertræk, som nævnes sjældnere, kan udgøre: direkte; fraværende; travl/forhastet; fleksibel; interesseret; at drage omsorg; tålmodig og rigid. Med inspiration fra Mechanic's & Meyers forståelse af begrebet interpersonel kompetence kombineret med Bourdieu's anvendelse af kapitalformerne har jeg udviklet mit eget begreb **human kapital** (jf. 4.4.3 *Tillid og human kapital*). **Human kapital** defineres som en form for kapital, den enkelte behandler besidder i et givent omfang, bestående af sans for empati, forståelse og vise respekt og interesse for patienten som person; at tage patienten alvorligt; evne til at lytte aktivt og opmærksomt, at være nærværende, oprigtig og varm etc. Besidder behandleren i givet fald omfattende **human kapital**, kan det være medvirkende til at danne et solidt fundament for et tillidsfuldt forhold, som formodes at udgøre en forudsætning for et succesfuldt behandlingsforløb. En af grundene til, at jeg har valgt at supplere Mechanic's & Meyer's begreb interpersonel kompetence med Bourdieu's forståelse af kapital, er, at jeg ønsker at udvide analysefeltet med aktørernes indbyrdes positioner og handlinger i sygdomsfeltet. Endvidere har jeg forsøgt at udvikle begrebet med dette i tankerne, nemlig at skabe et modstykke til begreberne magt og dominans.

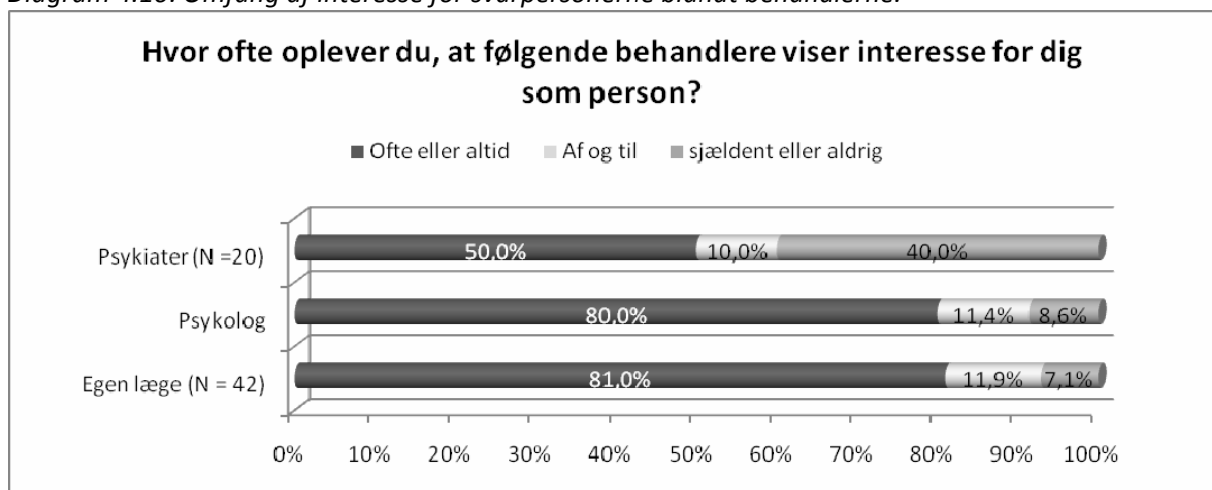
4.5.1 Ekspertdomineret relation

Et af de centrale kendetegn ved en ekspertdomineret relation er, ifølge Knudsen, at der tages udgangspunkt i behandlerens medicinske viden og opfattelse eller viden om stan-

dardproblemer, der er typiske for patientgruppen. Det kan betyde, at der oftest er tale om relationen mellem angstramte og egen læge, psykiater eller anden læge med medicinsk-orienteret uddannelsesmæssige baggrund. Omdrejningspunktet for kommunikationen mellem den enkelte angstpatient og behandleren er groft formuleret alene de aspekter, behandleren ud fra sin medicinske ekspertviden vurderer som mest betydningsfulde, og ikke de tematikker, patienten finder mest væsentlige. Det er således behandleren der sætter dagsorden, og styrer relevanskriterierne for samtalen.

Den ekspertdominerede relation i sin negative afskygning kan udgøre en væsentlig forhindring for angstbehandling. Nogle af de konsekvenser, Knudsen nævner, kan være manglende interesse for patienten som person, oplevelse af ikke at blive taget alvorligt. Ud fra mit perspektiv kan dette afspejle manglende **human kapital**. I spørgeskemaundersøgelsen er der nogle enkelte spørgsmål, der har til formål at måle, hvorledes respondenterne vurderer deres relation til behandlerne. Her er respondenterne blevet spurgt om, hvor ofte de oplever, at den pågældende behandler viser interesse for dem som person (jf. Diagram 4.10).

Diagram 4.10: Omfang af interesse for svarpersonerne blandt behandlerne.



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Ud fra Diagram 4.10 har 40 % af respondenterne angivet, at de sjældent eller aldrig oplever, at deres psykiater viser interesse for dem som person, og tilsvarende er det blot 7,1 % af respondenterne, der angiver samme i forhold til deres læge. Differencen i pro-

centpoint udgør ergo knap 33, hvilket er en markant forskel. Omvendt oplever hver anden respondent, at deres psykiater ofte eller altid viser interesse for dem, og omtrent 8 ud af 10 respondenter oplever det samme i forhold til deres læge. Respondenternes svarmønster i forhold til deres læger gør sig også gældende vedrørende deres psykolog, dog med en anelse varians. Ses der bort fra antallet af respondenter, der har været i behandling hos en psykiater, kan en af forklaringerne på, at resultaterne slår ud til fordel for lægerne og til ulempe for psykiateren, være, dels at relationen til en psykiater oftest er af kortere varighed sammenlignet med egen læge. Det vil sige, at der kan være en sammenhæng mellem hvor længe den enkelte angstramte har haft den givne behandler og den angstramtes oplevelse af behandleren. Dels kan der være, at der er nogle ydre omstændigheder, altså nogle objektive strukturer, der medfører, at de pågældende angstramte har en negativ oplevelse hos den enkelte psykiater. Manglen på psykiater kan også afføde manglende tid hos den enkelte psykiater, hvorfor interessen for den enkelte patient nedprioriteres hos behandleren for at give plads til selve den medicinske behandling eller justering af denne. Det kan indebære, at relevanskriterierne, som psykiateren fastsætter, i højere grad vedrører den medicinske behandling og i mindre grad på samtaleterapi. I følgende citat fortæller Hanne, en af informanterne, om nogle af de erfaringer, hun har haft med en psykiater:

”Så når man så endelig kom derind [efter ca. en times ventetid], så sad han og kiggede op på sin computerskærm. [...]. Jeg tror ikke engang, han gav råd. Så skulle man sidde på stolen, og han sad foran sit skrivebord, kiggede ind på den der skærm, så skulle han lige tjekke op på, hvad jeg havde fået, hvem jeg nu var. Så spurgte han så til, hvordan det gik, og om jeg kunne sove om natten, om jeg havde fået det bedre. Da kunne jeg næsten altid svare, at det gjorde det ikke. Så sad han og kiggede på sin computerskærm igen.” (Bilag 6: 6f.).

Muligvis kan Hannes have oplevet dette som mangel på interesse, at den pågældende psykiater oftest har haft sin opmærksomhed rettet mod sin computer frem for Hanne. At han har spurgt til, hvordan hun har det, kan enten afspejle interesse i informanten, eller også kan det tolkes som et led i behandlingen med henblik på justering af medicinen.

Psykiateren *begyndte [...], meget imod [hendes] vilje, [på] en fuldstændig vanvittig mediciner* (Bilag 6: 4). Heraf kan der udledes, at psykiateren ikke har taget højde for hendes subjektive holdning til medicin. Hun beretter videre, at:

”[...] [hun] havde prøvet 7 forskellige ting i det halvandet år. [...]. Og der var mange af de her doser, hvor [hun] var oppe på over dobbelt anbefalet dosis, efter hvad der står indeni sedlen. [Hun] fik det ikke bedre af det. Og så følte [hun], at det var forkert. Det gjorde [hun] ham opmærksom på hver gang, [hun] var der, og at [hun] ikke brød [sig] om at indtage så store mængder medicin.” (Bilag 6: 4).

Som citatet ovenfor indikerer, så kan relationen være præget af, at eksperten overhører den angstramtes signal om, at behandlingen ikke passer til den enkelte patient, og at den fører til stigende utilpashed hos patienten. Selvom der kan være et øget fokus på medicinsk behandling blandt psykiater er det imidlertid ikke i alle tilfælde, at psykiateren ikke er lydhør over for patientens afvisning af medicin eller lignende (jf. evt. Bilag 5: 13).

Den manglende tid, der er til rådighed, kan ligeledes opleves hos lægen (formodentlig ikke i nær samme udstrækning som hos psykiatere), og dette kan komme til udtryk ved følgende udsagn: *”Han sagde bare, at ”du skal til en psykolog, og det der er noget psykisk”. Han spurgte mig ikke ud, om der var nogle ting overhovedet. Han var ikke interesseret i mig. Han var bare interesseret i at sende mig videre, - så han kunne henvise mig til én.”* (Bilag 4: 5). Enten kan den manglende interesse i patienten skyldes manglende tid i det hele taget; at patientens sygdom/lidelse ligger udenfor lægens faglige, medicinske kundskab; eller en kombination af disse eller andet.

I andre tilfælde kan den negative form for ekspertdomineret relation udmønte sig i en åben konflikt, hvor patienten direkte afviser behandlerens forslag om medicinsk behandling. I og med læger, psykiatere og andre behandlere har en uddannelse der primært afspejler det medicinske paradigme, vil der formentlig være en større tilbøjelighed til at foreslå medicinsk behandling. Eksempelvis har Lis’ nuværende læge blot foreslået medicinsk behandling. Da Lis betragter dette som *”en allersidste udvej”*, har hun afvist

det *"blankt"*, netop *"fordi [hun] er bange for det"* (Bilag 4: 9). Denne frygt eller afstandstagen til medicinsk behandling kan resultere i, at de foretrækker psykolog-behandling frem for medicinsk behandling hos en psykiater, som der gives udtryk her: *"[...] jeg har altid troet på psykologer frem for psykiatere, fordi jeg har en idé om, at de er mere medicinsk orienterede"* (Bilag 5: 26). En af de problematikker behandlere kan møde i forhold til nogle angstramte er bl.a. deres frygt for medicinsk behandling, hvilket der bør tages højde for. Det kvalitative datamateriale rummer udsagn som peger på, at medicinsk behandling hos læge eller psykiater ikke hænger uløseligt sammen med mangel på inddragelse af den subjektive dimension. For eksempel kan angstpatientens modstand mod medicinsk behandling overkommes ved dels at tilvejebringe tilstrækkelig information om medicinen og dels at inddrage patienten som beslutningstager. En af forudsætninger herfor er bl.a., at lægen eller behandleren har et indgående kendskab til udviklingen inden for medicin og til anti-depressiva generelt. I Susans tilfælde har dette være nødvendigt, hvilket hun tilkendegiver i følgende citat:

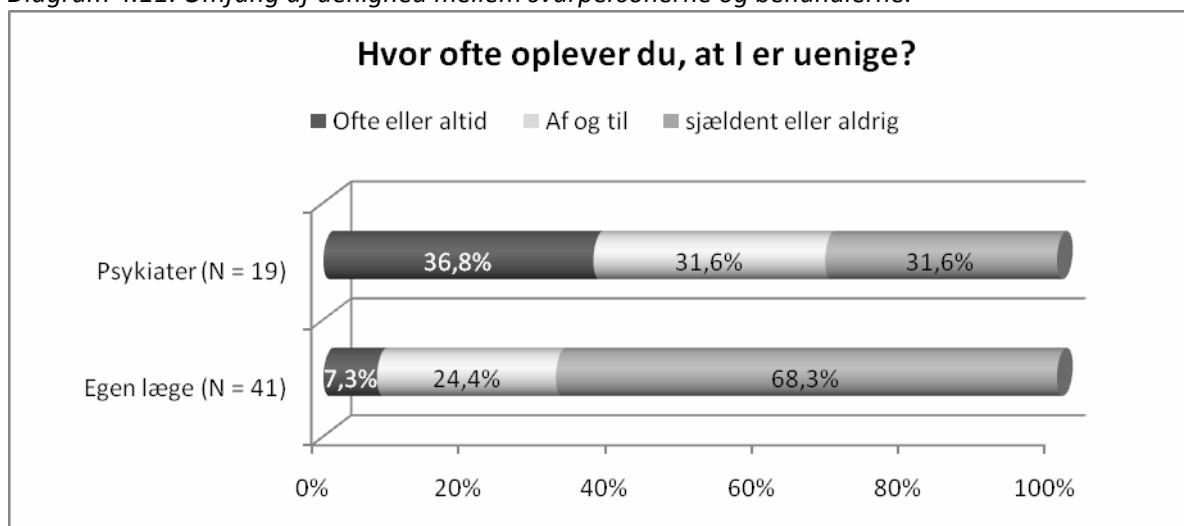
"Jeg spiser ikke piller, hvis det bliver stoppet ned i halsen på mig. Det er stort set min grundlæggende holdning. Det løser ikke noget. [...]. Det betyder jo, at han blev nødt til at gøre rede for ret mange ting med de bivirkninger og forventede virkning. [...]. Da kunne han gøre rede for, at det var en nyudvikling fra én der havde påvirket to stoffer, og hvor man nu havde fundet ud af, at det faktisk kun er det ene stof, der påvirkede. Så han var faktisk god til at fortælle om de der ting. Jeg var meget tilfreds med hans vejledning." (Bilag 8: 17).

Ved hjælp af en grundig indføring i medicinens virkninger og bivirkninger samt eventuelt den historiske udvikling af medicinen fra behandlerens side er det muligt at overkomme denne barriere, som i tilfældet her med Susan. Hendes læge *"har styret medicinen, og [har gjort det] rigtig, rigtig godt"* (Bilag 8: 26, 27). Han har givet sig tid til at redegøre for medicinen og har været *"god til at forklare og til at sige, hvor meget han doserer, og hvorfor han gav [hende] det medicin. Det var jo også baseret på forsknings-resultater, for han vidste noget om det. Han var tydeligvis med på det område. Det var helt klart [hendes] opfattelse hele vejen, at han vidste noget der."* (Bilag 8: 27). På baggrund af lægens

ekspertviden, formidling af og vejledning via denne har det resulteret i en stor tilfredshed hos informanten. Hvis ikke denne vejledning samt hensynet til den angstramtes subjektive overbevisning og holdning til medicin er til stede, kan denne risikere at føle sig *manipuleret med, og ikke blive taget alvorligt* (Bilag 6: 6), hvilket stemmer overens med Knudsens teoretiske forståelse af ekspertdomineret relation.

En ekspertdomineret relation kan oftest være forbundet med uenighed. I spørgeskemaundersøgelsen er respondenterne blevet bedt om at angive, hvor ofte de oplevede uenighed med deres behandler (jf. Diagram 4.11). 36,8 % af respondenterne tilkendegiver, at de ofte eller altid oplever uenighed med psykiateren, sammenlignet med 7,3 % af besvarelsene i forhold til deres læge. Der eksisterer en markant forskel i procentpoint. Omvendt oplever størstedelen af respondenterne (68,3 %) sjældent eller aldrig uenighed med deres læge, hvilket blot sker for omtrent en tredjedel af respondenterne i relationen med psykiater. I det kvalitative datamateriale kan uenigheden være kendetegnet ved enten en latent/underliggende uenighed eller en åben uenighed i form af en konflikt. Dette kan muligvis være til hinder for et succesfuldt behandlingsforløb, eller i hvert fald negative erfaringer.

Diagram 4.11: Omfang af uenighed mellem svarpersonerne og behandlerne.



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse).

Hanne har været uenig i behandlingen og har påpeget dette over for psykiateren.

"Jeg sagde til ham, at jeg var ked af at skulle spise så meget medicin og have så meget. Og så kiggede han på mig, da jeg sagde det - det var en af de få gange han egentlig har kigget på mig - og så spurgte han efter, "hvordan, synes du selv, det går?". Det kunne jeg så kun sige til det, at det gik jo ikke særligt godt. Så jeg kunne ikke lige komme med et andet. Det var jo ikke mig, der er behandleren. Jeg kunne ligesom ikke komme med et andet bud på, hvad vi ellers skulle stille op. Det var ret uudholdeligt for mig at gå med angst." (Bilag 6: 5).

Jeg synes, at det er værd at lægge mærke til, at informanten bemærker den manglende øjenkontakt, hvilket kan være et symbol på en klar distance mellem patient og behandler, samtidig kan det tolkes som manglende interesse. Da Hanne gør psykiateren opmærksom på hendes ubehag ved indtagelse af medicin, kan psykiateren opleve det som, at hans behandling bliver draget i tvivl, hvorfor hun bliver påmindet, at hun ikke besidder den givne ekspertviden som han. Dette, ved at han reagerer på hendes kommentar med et spørgsmål med en negativ og kritisk undertone om, hvordan hun selv synes det går, hvorefter hun kommer til kort. Dette kan tolkes som behandlerens udvise dominans over for patienten og forsøg på at opretholde sin position i relationen. Kommunikationen mellem Hanne og psykiateren har været på et minimum (Bilag 6: 6f.). I andre tilfælde kan kommunikationen mellem eksperten og patienten være præget af en for snæver ramme for relevanskriterier, nedlaidenhed, manglende respekt og ligeværdig kommunikation og manglende forståelse, hvilket kan opleves som en betydelig barriere. På det givne tidspunkt har Hanne ikke haft tilstrækkelig viden om angst og angstbehandling, hvorfor hun ikke har kunnet se andre alternativer for at blive rask og har valgt at følge behandlerens anvisninger og underordner sig denne. Med andre ord fortsættes behandlingsforløbet med det formål at blive rask. Denne negative oplevelse med psykiateren har medført, at hun *"var så angst for at skulle derhen [...]. [Hun] tog jo derned hver gang, for et eller andet måtte [hun] jo gøre ved det. [Hun] ville selvfølgelig gerne have det bedre. Det var tit sådan kl. 14 eller 15, [hun] skulle være der. [Hun] brugte faktisk hele dagen på at mande [sig] op til det og komme derned."* (Bilag 6: 6). Navnlig angstramte kan opleve det som en hævning at møde op til konsultationerne, ydermere hvis dette er for-

bundet med angst, og hvis relationen mellem dem og behandleren ikke er optimalt og velfungerende.

Ikke desto mindre kan det formodes, at Hannes utilpashed ved at indtage medicinen ville føre til non-compliance bestående af modstand imod både behandlingen og behandleren (jf. evt. Knudsen 1997: 126; oprindeligt fra Flyvbjerg 1991: 116). Tværtimod har dette ikke været tilfældet. På trods af manglende samtykke til den medicinske behandling, har hun fulgt psykiaterens medicinske anvisninger, for derefter at vende tilbage med bemærkninger om, at medicinen ikke har haft den ønskede effekt. En negativ ekspertdomineret relation kan i sidste instans påvirke patienters sygdomsadfærd i sygdomsfeltet bl.a. ved, at patienten ganske enkelt ikke følger behandlerens anvisninger og råd, hvilket er karakteristisk for non-compliance²⁴ (Bilag 5: 13); at patienten foretager et behandler skift (Bilag 4; Bilag 6); eller at patienten så vidt muligt undgår kontakt med behandleren ("*Nu går jeg ikke længere ind til den læge*" (Bilag 4: 8)). Sidstnævnte handling kan muliggøres, fx når

"der er fem læger i lægehuset, [den angstramte] bare kan vælge én af de andre, når [denne] skal ind til læge. Og det har [Lis] også haft god erfaring med. De har selvfølgelig kigget på [hende], hvis der har været noget og undersøgt det. [...]. De har jo slet ikke vidst, hvad det er, [hun] fejler. [...]. Så derfor behandler de [hende], ligesom de gør ved alle andre. [...] så føler [hun], at [hun] bliver taget seriøst, når [hun] siger de ting, [hun] gør." (Bilag 4: 28).

Eftersom det er et fælles lægehus kan det lade sig gøre, at den angstramte kan henvende sig til andre læger frem for den læge, hvis behandling har skabt social afstand mellem dem. Det er dog ret påfaldende, at informantens 'anonymitet' bestående af behandlernes uvidenhed om, at hun lider af angst, kan have en sådan indflydelse, at hun bliver taget seriøst. Det kan derfor betragtes som en måde at håndtere denne barriere affødt af en negativ oplevelse med en anden behandlere, at angstramte i stedet for henvender sig til

²⁴ Non-compliance kan også være forbundet med, at patienten oplever at behandlingen er ineffektiv og uden virkning.

andre behandlere, der i større udstrækning end en forhenværende behandlere besidder **human kapital**. Endelig kan angstramte benytte sig af deres **social kapital** som en yderligere ressource til bl.a. håndtering af eksperternes dominans og gennemførelse af behandlingsforløbene. Dette kan ses i lyset af, at deres familiemedlemmer oftere har større overskud og oftest er bedre i stand til at skabe overblik over situationen i konsultations-sammenhængene end den angstramte. De kan fx stille behandleren nogle centrale spørgsmål vedrørende behandlingsforløbet og lignende, spørgsmål, den enkelte angstramte ikke har overskud til at stille. Flere af informanterne har tilkendegivet, at de har haft stor gavn af de ressourcer der findes i deres sociale netværk, hvilket kan antydes Lis' udsagn: *"Fordi, at hvis jeg ikke havde haft min familie til at støtte mig eller noget, så har jeg heller ikke kunnet komme så langt, som jeg er. [...]. Fordi det er dem, der så har taget over og sagt, "så finder vi lige ud af det her"."* (Bilag 4: 29). Citatet skal ses i forlængelse af informantens behandlingsforløb, hvor denne får støtte og opbakning fra sine familiemedlemmer. For så vidt angstramtes er svækket og mangler psykisk overskud, kan deres sociale netværk udgøre en vigtig ressource som udefrakommende aktører, der kan påvirke den sociale dynamik i relationen mellem den angstramte og behandleren.

I modsætning hertil kan en positiv ekspertdomineret relation fremme og styrke patientens sygdomsadfærd ved øget målretning beroende på en positiv indvirkning på den enkeltes sygdomsforståelse. For Susans vedkommende har effekten af den medicinske behandling været medvirkende til at styrke hendes overbevisning om, at hun har en psykisk lidelse. I visse tilfælde kan en autoritær holdning hos behandleren være efterspurgt, navnlig når det er nødvendigt for patienten at forstå alvoren i sin lidelse og de konsekvenser lidelsen kan føre med sig. Dette kan illustreres ved følgende citat, hvor Ann beretter om en oplevelse, hun har haft med en speciallæge:

"[...] det var hende, der sagde, at det skulle jeg gøre noget ved, og jeg skulle ikke vente. Hun sagde, at det var meget alvorligt. Hun brugte ikke mange ord. Men hun satte i hvert fald ord på, hvordan jeg havde, - med hvor dårligt jeg havde med angst. Jeg havde ikke sagt noget til hende. [...]. Måske kunne hun på den måde regne ud, at det var psykisk betinget? Jeg kan forestille mig, at det var sådan. Jeg sagde også til hende:

"Hvordan kan du se det? Hvordan kan du se det på mig?". Jamen, det kunne hun, for hun var en gammel erfaren læge." (Bilag 5: 10).

Ovenstående udsagn antyder således, at en relation der kan siges at være domineret af eksperten ikke nødvendigvis udelukker en hensynstagen til patientens subjektive sygdomsforståelse. En anden uhensigtsmæssig følge ved en negativ ekspertdomineret relation, hvor patientens sygdomsforståelse ikke prioriteres, kan være, at der foregår en såkaldt labelling, også kaldt stigmatisering²⁵, som kan være et udtryk for underkendelse af et andet individ. I den sygdomssociologiske litteratur er det oftest patienten, der bliver nævnt som den, der bliver udsat for labelling (Mechanic 1968: 95; Mechanic 1992: 1348; Freund et al 2003: 169). Den medicinske antropolog Cecil G. Helman påpeger videre:

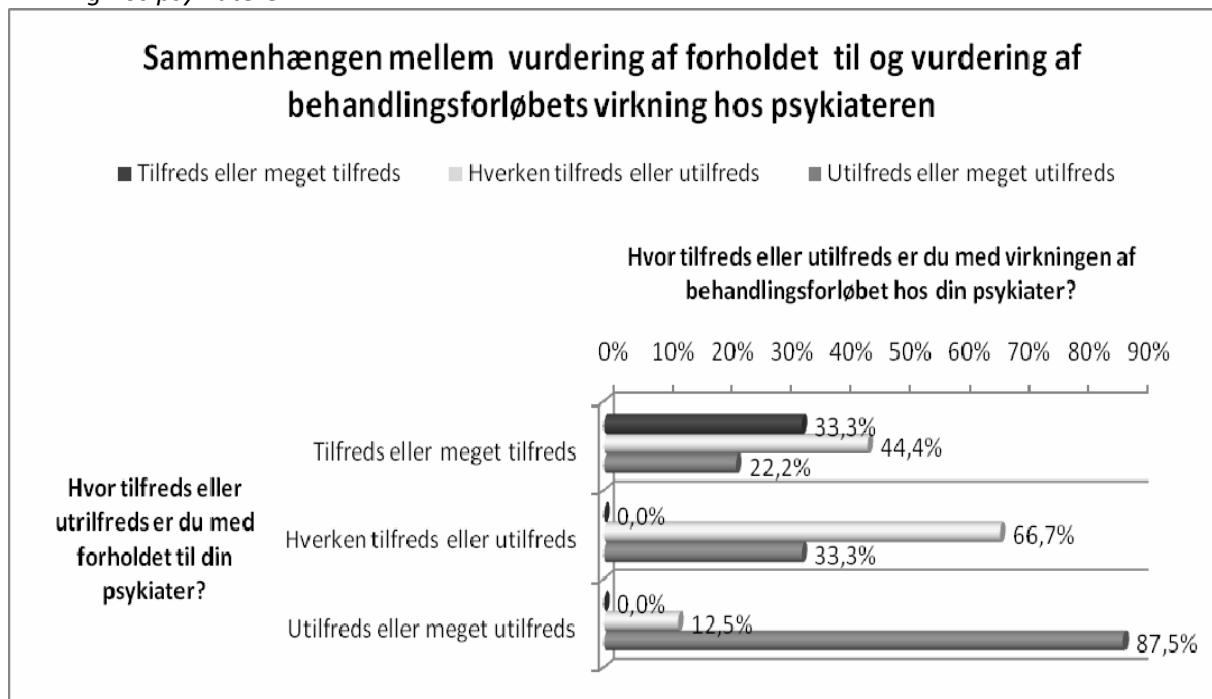
"[...] physicians in primary care should elicit their patients' explanatory models – and then compare these with their own, and with their own assumptions about the patient's model. This will reveal evidence of 'typifications', or stereotyping, both of which may be barriers to successful communication." (Helman 1985: 929).

Med udgangspunkt i Helman's forståelse kan en ekspertdomineret relation, hvor ekspertens sygdomsforståelse/-model vægtes højere end patientens, resultere i, at patienten udsættes for labelling. I det kvalitative datamateriale eksisterer der dog eksempler på, at behandlere kan få etiketten "*Pillemanden*" eller "*Medicinmanden*" blandt patienter som følge af ringe oplevelser (Bilag 6: 27). Den omtalte psykiater har i overvejende grad været dominerende i relationen, og konflikterne har tilsyneladende været underliggende og latente. Patientens magt i form af fx non-compliance har ikke været til stede, på trods af det medicinske forbrug for uhensigtsmæssigt højt. Begge forhold kan have været udslagsgivende for en sådan labelling fra patientens og andre patienters side. Med andre ord kan det betragtes som forsøg på at håndtere magtesløsheden, selvom den ikke fører

²⁵ Stigmatisering udspringer af Erving Goffmans teoretiske forståelse og henviser til en proces, hvor individet får påført en etiket der kan ændre en persons syn på sig selv radikalt (jf. Freund et al 2003: 132; oprindeligt fra Goffman 1963: 2-5). Stigmatisering eller labelling anvendes dog i en lidt anden betydning i dette speciale, hvor det kan betragtes som patientens reaktion eller håndtering af en oplevet barriere.

til en direkte konfrontation. Omvendt kan en grundig vejledning mv. medføre positive og anerkendende udsagn om behandleren såsom *"dygtig"* og *"professionel"* (Bilag 8: 25, 29). Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er en stærk sammenhæng mellem angstramtes opfattelse af relationen til og virkningen af behandlingsforløbet hos deres psykiater.²⁶

Diagram 4.12: Sammenhæng mellem vurdering af forholdet til og vurdering af behandlingsforløbets virkning hos psykiateren.



(Kilde: Egen undersøgelse.)

Som ovenstående diagram 4.12 illustrerer, angiver 33,3 % af de respondenter, der er tilfredse eller meget tilfredse med forholdet til deres psykiater, at de ligeledes er tilfredse eller meget tilfredse med behandlingsforløbets effekt på deres angsttilstand. 87,5 % af de respondenter, der er utilfredse eller meget utilfredse med deres relation til psykiateren, har angivet, at de er utilfredse eller meget utilfredse med behandlingsforløbets effekt. Der er altså en relativ stor andel, der er utilfredse eller meget utilfredse med såvel forholdet som behandlingens effekt. Omvendt er der ingen respondenter, der forholder sig neutrale eller negativt i forhold til relationen til deres psykiater, som synes, at be-

²⁶ Gamma = 0,868; sig. = 0,000.

handlingsforløbet har været effektivt. Disse resultater stemmer således overens med mine formodninger.

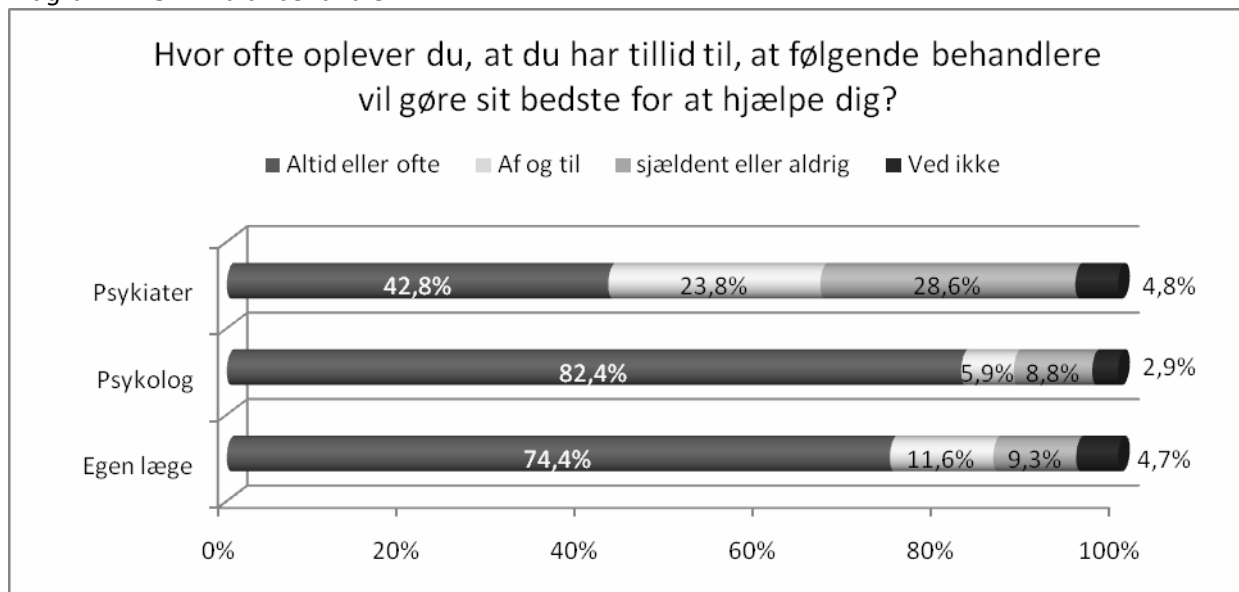
4.5.2 Samarbejdsrelation

I og med samarbejdsrelationens primære formål er, at behandleren hjælper og støtter patienten i håndtering af dennes lidelse gennem øget refleksion. Det forudsætter bl.a. tillid og fortrolighed mellem aktørerne. Det er vigtigt for et succesfuldt behandlingsforløb, at angstramte oplever, *"at læger også er nogle, man har noget fortroligt med"* (Bilag 4: 15). Dette kan naturligvis også gælde for andre behandlere. Mangel på fortrolighed, tillid og åbenhed kan resultere i, at der ikke tales om angst, hvorfor sandsynligheden for fejlbehandling kan forøges (jf. 4.4.1 *Ekspertdomineret relation*). Sammenhængen mellem tillid, fortrolighed og et succesfuldt behandlingsforløb kan ligeledes illustreres ved følgende udtalelse:

"Jeg kunne faktisk sige alle de ting, jeg overhovedet havde på mit hjerte. Jeg tror ikke, at jeg kunne blive 100 procent rask, hvis jeg ikke har kunnet sige de ting der. Men igen, det handler også om tillid. Det var ikke noget, jeg gjorde fra dag et af. Jeg skulle jo lige se personen an og det. Jeg kunne jo godt blive sur på ham, eftersom han ikke havde givet mig det sidste. Men han har været, som han har været. Han har hjulpet mig på den måde, han kunne." (Bilag 4: 41).

Som det fremgår af citatet har fortrolighed og tillid i høj grad betydning for, i hvilken udstrækning behandlingsforløbet er effektivt, og dermed hvorvidt angstramte kan blive helbredt for angst. Igen lader det til, at behandleren skal ses an, før tilliden kan opbygges. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen peger på, at en relativ større andel af svarpersonerne har hyppigere tillid til deres egen læge og/eller psykolog end psykiater (jf. Diagram 4.13).

Diagram 4.13: Tillid til behandler.



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Blot 42,8 % af respondenterne har angivet, at de ofte eller altid har tillid til, at psykiateren vil gøre sit bedste for at hjælpe dem, hvilket er en relativ lavere andel i forhold til, at 74,4 % af respondenterne angiver samme vedrørende egen læge og 82,4 % vedrørende psykologen. Omvendt oplever 28,6 % af respondenterne, at de sjældent eller aldrig har tillid til, at psykiateren gør sit bedste for at hjælpe dem, sammenlignet med 11,6 % og 8,8 % for henholdsvis lægen og psykologen. De empiriske resultater indikerer, at der er en markant forskel mellem angstramtes oplevelse af tillid til deres psykiater og egen læge eller psykolog. Forskellen i angstramtes oplevelse af tilliden kan forklares ved, for det første nogle givne strukturelle aspekter, og for det andet nogle adfærdsmæssige aspekter.

Tid, som er et af de strukturelle aspekter, jeg har valgt at beskæftige mig med, lader til at have en signifikant betydning for udviklingen af tillid og samarbejdsrelationen mellem den angstramte og professionelle. Tid bestående af varigheden af selve behandlingsforløbet (i fx antal måneder eller år); tid afsat til samtale og kommunikation; samt tid i form af varigheden for hver session/hvert møde.²⁷ Angstramte kan opleve tillidsbrud som en

²⁷ Trods dét, at jeg ikke beskæftiger mig med alternative behandlere, vil jeg blot nævne kort, at én af de årsager til, at nogle angstramte foretrækker alternative behandlere frem for professio-

barriere, og dette kan være afledt af manglende tid hos behandleren. For eksempel kan et tillidsbrud komme til udtryk sådan, som skildres neden for af Susan:

”Det er ret nyt, at han har det så travlt, at han faktisk ikke er opmærksom, når vi er der. Der er mange niveauer at være opmærksom på, men hele ham er ikke til stede i rummet. [...]. Det var ikke anden gang, heller ikke tredje gang, men i løbet af det forår, at så bliver det reduceret til en sag om, om der nu skulle 10 mg op eller ned. [...]Nej, det havde han ikke kræfter og overskud til for at kunne klare det selv. [...]. Men man kan sige, at det blev reduceret til en samtale om virkninger og bivirkninger og angstanfald - og træthed, blev det så til - kombination af medicin og sådan noget.” (Bilag 8: 25, 26).

Som det antydes i udsagnet, kan tillidsbruddet have rod i lægens manglende tid og øget travlhed, således at den angstramte oplever, at lægen ikke er nærværende og opmærksom. Den medicinske behandling har blot udgjort *”en del af problematikken”* (Bilag 8: 26), hvoraf den anden del af problematikken har handlet om, hvordan informanten håndterer lidelsen i sin dagligdag, hvilket ligeledes har været et samtaleemne før tillidsbruddet. Behandlere, hvis tid til hver patient kan være stærkt begrænset, kan indebære ringe forudsætninger for - sammen med patienten - at opbygge en samarbejdsrelation. Forskellen i respondenternes oplevelse af tilliden kan også forklares ved, at relationen/behandlingsforløbet til deres læge og psykolog muligvis har forløbet over en længere periode end psykiateren, og samtidig kan tiden hos den enkelte psykiater være påvirket af den samfundsmæssige mangel på psykiater i det hele taget. Som én af informanterne, Ann, tilkendegiver, er der gået nogen tid, før det er gået op for hendes nuværende læge, at hun lider af angst. *”Det er noget der er sket hen ad vejen. Efterhånden som jeg har lært hende bedre og bedre at kende, inden jeg har turdet og sige noget mere. Jeg skulle have et godt forhold til hende, før jeg har sagt det til hende. Men det ved hun godt nu.”* (Bilag

nelle, kan være, at ”Det er en af de ting, som de alternative kan, som vores læger ikke kan, - det er nemlig at have tid nok. [For de kan sætte] en formiddag eller en eftermiddag af til [den enkelte]” (Bilag 8: 9).

5: 15). For Anns vedkommende har tiden til etableringen af et positivt forhold til sin læge været yderst væsentlig. Jo mere tillid jo større åbenhed er der mellem aktørerne.

En anden situation, der kan føre til et tillidsbrud blandt angstramte, kan være knyttet til medicinsk behandling, og som ikke er direkte knyttet til det adfærdsmæssige aspekt men snarere et mellemliggende. I nedenstående citat beretter Britt om, hvordan hun har oplevet et tillidsbrud:

”Jeg tror, at min læge var utroligt fortvivlet over det der med de lykkepiller, som hun gav mig, og som jeg ikke kunne tåle. Man kan sige, at efter hun gjorde det, da mistede jeg selvfølgelig også noget tillid til hende, selvom hun ikke har gjort det med vilje, så har hun alligevel udleveret noget til mig som i den grad har gjort, at jeg har styrtdykket. Da tror jeg, at jeg virkelig blev klar over, at jeg skulle have noget professionelt hjælp for at kunne komme til at få det bedre. Min læge har jeg jo haft i mange år, og når hun ikke engang var klar over, hvad der var bedst for mig, - sådan havde jeg det lidt. Så bliver jeg nødt til at have en professionel, og det var derfor, jeg skiftede.” (Bilag 7: 7).

En fejlslået behandling kan således medføre, at tilliden til behandleren svækkes. På baggrund af en dårlig erfaring med medicinen, bliver informanten imidlertid klar over, at anden professionel behandling er nødvendig. Britts læge har tidligere opfordret Britt til at tage henvendelse til en psykolog, men på grund af økonomiske forhold har hun ikke gjort det. Selvom hun har fået en ubehagelig oplevelse af medicinen, kan det siges, at det har ført til handling, dog mere eller mindre på bekostning af tilliden mellem hende og lægen. Lige i dette tilfælde har det altså haft den betydning på informantens sygdomsadfærd, mere konkret, at denne har søgt en mere effektiv behandling hos en psykolog i stedet for.

Et af de adfærdsmæssige aspekter, jeg har identificeret ud fra det empiriske datamateriale²⁸, som kan have særlig betydning for angstramtes oplevelse af tillid og samarbejdet mellem aktørerne udgør **human kapital**. Disse er som følge:

- behandleren giver sig tid til at lytte til hende/ham.
- behandleren viser respekt over for hende/ham.
- behandleren viser forståelse for hende/ham som person.
- behandleren viser interesse for hende/ham som person.
- hun/han føler sig tryk ved behandleren.

Ifølge de statistiske resultater er der en stærk sammenhæng mellem de ovennævnte indikatorer og svarpersonernes oplevelse af tillid til behandleren. Dette er gennemgående for alle tre faglige behandlere. En af dimensionerne af **human kapital** er teoretisk set behandlerens evne til at vise respekt over for angstramte, og denne dimension har en sammenhæng med angstramtes oplevelse af tillid (jf. Bilag på vedlagte CD *Respekt og tillid*).²⁹ På baggrund af de statistiske resultater, kan det konstateres, at sammenhængen er yderst stærk og signifikant. 94,1 % af de respondenter, der ofte eller altid oplever, at deres læge udviser respekt over for dem, angiver ligeledes, at de ofte eller altid har tillid til, at deres læge vil gøre sit bedste for at hjælpe dem. Med en anelse varians synes samme svarmønster at gøre sig gældende i forhold til respondenternes oplevelse med de enkelte psykologer og psykiater. Respekt kan være karakteriseret ved, at den angstramte oplever, at de bliver værdsat, fx når de ikke ønsker medicinsk behandling, at de bliver respekteret, når de afviser forslaget. Mangel på respekt kan komme til udtryk ved, at

²⁸ Jeg har foretaget en faktoranalyse af de nævnte indikatorer, som jeg har formodet afspejler **human kapital** i sygdomsfeltet. For at undgå for mange missing cases foretrækkes, at disse ekskluderes parvis frem for *listwise* (De Vaus 2002: 176ff.). Med henblik på at sikre yderligere at indikatorerne måler samme faktor er der foretaget en *Varimax rotation*. Retningen fra positiv til negativ udsagn er i øvrigt i forvejen ensrettet ved samtlige indikatorer. Indikatorer vedrørende respondentens egen læge har givet følgende estimer: KMO (Kaiser-Meyer-Olkin measure) = 0,781; sig. = 0,000. Variablene vedrørende psykologen: KMO = 0,813; sig. = 0,000. Variablene vedrørende psykiateren: KMO = 0,858; sig. = 0,000. Med en statistisk KMO-værdi på over 0,7 er der en stærk korrelation mellem indikatorerne, overordnet set, hvorfor disse kan siges at være indikatorer for samme bagvedliggende faktor.

²⁹ De statistiske beregninger af sammenhængen mellem disse variable har afstedkommet følgende værdier for svarende i forhold til: 1) lægen (Gamma = 1,00; sig. = 0,000), 2) psykologen (Gamma = 0,946; sig. = 0,016), og 3) psykiateren (Gamma = 0,780; sig. = 0,000).

behandleren taler nedladende til patienten. En af konsekvenserne ved behandlernes manglende respekt til den enkelte patient kan være, at det forhindrer tilliden i at udfolde sig, og som følge heraf kan det udgøre en barriere for et effektivt behandlingsforløb.

Endvidere kan tillid have indvirkning på åbenhed og omsorg fra behandlerens side karakteriseret ved følgende udtalelse:

"Jeg føler, at når jeg er deroppe, så bliver der ligesom taget hånd om mig. Jeg kan få lov til at være ked af det og få lov til at fortælle om de syge tanker, jeg kan få, og om alle de mærkelige forestillinger, man kan have, og uden at der er nogen, der dømmer dig. Det er fuldstændigt ligegyldigt, hvad jeg har fortalt hende, om hvad jeg har tænkt, så har hun bare altid sagt, at det er fuldstændigt normalt, og sådan har andre der har panikangst også; det er ikke kun ved mit tilfælde; du er virkelig ikke ved at blive sindssyg eller noget. Det er skønt." (Bilag 7: 20).

Denne oplevelse af tagen-hånd-om, at informanten ikke bliver mødt med fordømmelse, at behandleren er fordomsfri og beroliger informanten med, at de tanker, angsten fremkalder, er ganske normale for angstramte. Såfremt behandlerens omsorg og pleje tager overhånd, kan en af faldgruberne være, at der skabes et afhængighedsforhold. Et sådant forhold kan være kendetegnet ved, at den angstramte bliver alt for nært knyttet til behandleren, emotionelt set, således at denne oplever at det er vanskeligt at *"give slip på"* behandleren (jf. Bilag 5: 17). Dette kan forhindres ved, at behandleren bl.a. sætter en klar grænse for, hvornår behandlingstimen er slut. Det har eksempelvis Ann i bund og grund haft positive erfaringer med, og som hun har sagt: *"Når klokken var 12 eller et eller andet, så rejste hun sig op. 'Nu skal vi finde en ny tid'. Og så var timen slut. Det var jo meget reelt. I starten brød jeg mig ikke om det. Så fandt jeg ud af, at det egentlig var også meget rart, for så havde jeg også fri"* (Bilag 5: 17). At behandleren udviser en klar grænse mellem denne og patienten (dvs. at *"hun tager sig af sit, og [patienten] tager sig af [sit]"* (Bilag 5: 17)) kan i begyndelsen have en negativ indvirkning hos patienten, men undervejs i behandlingsforløbet kan det omvendt omdannes til noget positivt for såvel patienten som relationen.

Ud fra Knudsens forståelse af samarbejdsrelationen er denne form for relation kendetegnet ved patientens subjektive erfaringer mv. bliver opprioriteret på en sådan måde, at hvad patientens *"behov [er] og tilgodese lige nøjagtig det"*, og derved har en positiv indvirkning på patientens følelse af at have *"magt over, hvordan [behandlingen] skulle ske, og hvad [de] lige [skal] snakke om"* (Bilag 7: 18). Denne betoning af angstramtes subjektivitet kan forekomme i relationen mellem angstramte og psykologer lige såvel som det kan være indbefattet i relationen mellem disse og læger eller psykiatere. I visse tilfælde kan samarbejdsrelationen give patienterne en udvidet kontrol over behandlingsforløbet. Blandt andet ved, at behandlingsforløbet kan være frit tilrettelagt efter patientens ønske, *"hvor tit [de] skal ses, og hvornår på dagen, [...] og [...] hvorledes det skulle fungere"* (Bilag 7: 15). På denne måde adskiller samarbejdsrelationen sig fra den ekspertdominerede relation, nemlig ved at patienten har større kontrol over behandlingsforløbet, og navnlig hvilke relevanskriterier kommunikationen skal indeholde. En opprioritering af angstpatienten kan også opleves ved at, behandleren *"i den grad er til stede i det rum"* (Bilag 8: 10).

En øget kommunikation mellem patient og behandler kan være befordrende for aktørernes refleksion over, hvilken betydning parterne tillægger de forskellige udsagn, en øget indsigt i hinandens erfaringer, og ikke mindst udveksling af viden om lidelsen. For det første kan angstramte opnå en bedre forståelse af deres lidelse, fx ved at præsentere en symptomliste for de angstramte eller *"fortælle [dem] om nogle ting med panikangst [...], sætte ord på de følelser [...] og de billeder [de har]"* (Bilag 7: 11). På den måde gør behandlerne angstramte opmærksom på, at de *"har kompetencerne til at hjælpe [dem], hvis [de] vil hjælpe [sig] selv"* (Bilag 7: 11). Kommunikationen danner således grundlag for en tilførsel af **videnskapital**, som betragtes som en vigtig forudsætning for angstramtes håndtering af deres lidelse. For det andet kan en større indsigt i den enkeltes angstramtes håndtering af lidelsen bidrage med øget viden om patientgruppen blandt behandlerne. Dette har været tilfældet for Lis' psykolog, som hun beretter om i følgende citat:

"Han har så taget kopier af alt det, jeg har lavet, fordi han har heller ikke oplevet, at der er nogen, der har lavet en ordentlig research om det. Alt-

så, han vil også gerne, det vil han også godt kunne bruge til andre, fordi han har selvfølgelig også den bedste hensigt, at folk skal blive rask hurtigst mulige.” (Bilag 4: 24).

Som det fremgår af citatet, har behandlingsforløbet ligeledes været gavnligt for hendes psykolog, idet han kan gøre brug af Lis’ erfaringer med hendes håndtering af lidelsen, som han kan anvende i sin behandling af andre angstpatienter. Selvom Lis ikke umiddelbart kan drage nytte af dette, kan det dog anses for at bane vejen for et konstruktivt og effektivt behandlingsforløb for andre angstramte der måtte opsøge denne psykolog.

Til at begynde med kan det være vigtigt, at behandlerne understreger, at de besidder den tilstrækkelige viden og kompetence til at hjælpe angstpatienterne, hvilket kan have en svag antydning af en ekspertdomineret relation, vel at mærke hvis der ses bort fra det større fokus på patientens subjektivitet. For så vidt behandleren ikke besidder den nødvendige kompetence kan samarbejdsrelationen have tendens til at skabe et jævnybyrdigt forhold, hvor den professionelles autoritet ikke vinder nok gennemslagskraft. I nogle sammenhænge kan behandlerens autoritet være hensigtsmæssig. Dette kan afspejles i Britts beskrivelse af sin læge:

”[hendes læge] kunne have været lidt mere skrap. Lidt mere, ”du bliver nødt til at forstå, at realiteterne er, at det er en psykisk sygdom, som du skal have behandling for, og den eneste måde du kan få noget professionel behandling er at opsøge en psykolog”. Hvis hun havde sagt til mig ordret, så tror jeg, at jeg havde taget det lidt mere alvorligt.” (Bilag 7: 12).

Britt tilkendegiver her, at Som tidligere nævnt i analysen af den ekspertdominerede relation kan den professionelles dominans være givtigt med henblik på at understrege lidelsens alvor for den enkelte angstramte (jf. 4.4.1 *Ekspertdomineret relation*). Ifølge Britt, er der

”[...] utrolig stor forskel på for eksempel en lærer, som du har i skolen, og som du respekterer, og på en ven, som du ser, som enigestillet. Da

havde jeg det nok mest med [min læge], at "vi ved lige meget om det her, så du skal ikke fortælle mig". Hvis hun havde været lidt mere hård og kontakt og havde sagt, "du bliver nødt til at blive klar over, at du er syg, og det er ikke noget der går væk af sig selv igen", - så tror jeg, at jeg havde opsøgt én." (Bilag 7: 12).

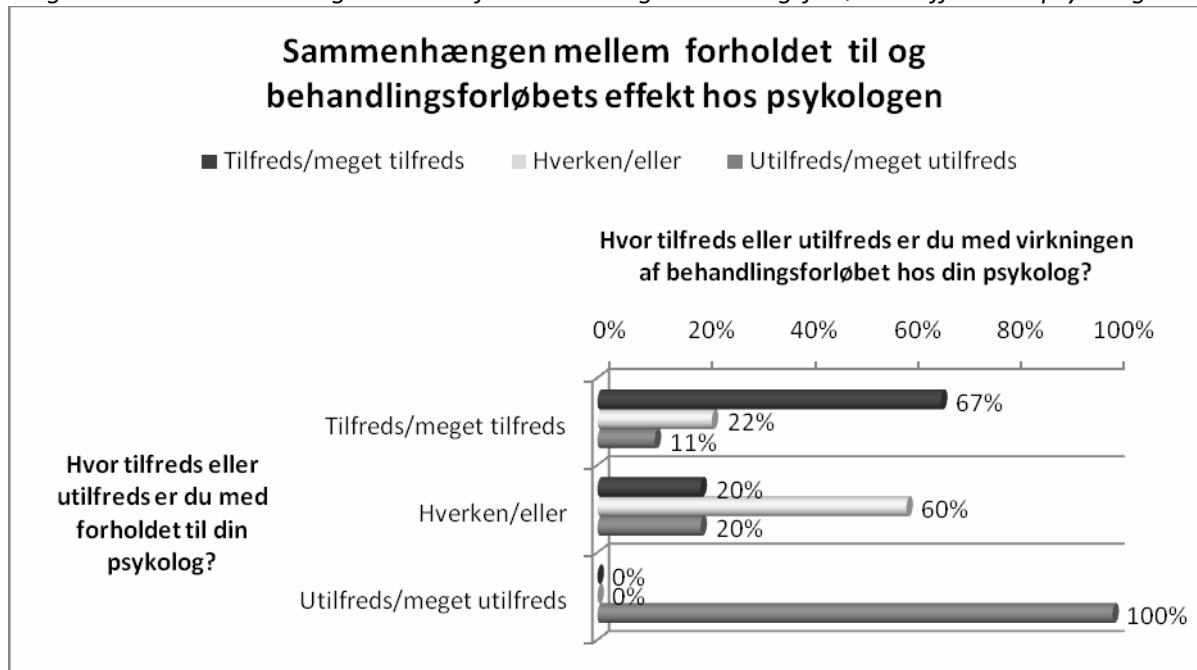
I og med Britt vælger at illustrere hendes sondring mellem forskellige typer af relationer ved at anvende metaforerne lærer og ven, fremhæves forskellen mellem en lærer-elev-relation, hvor det ene individ, læreren, besidder større viden end eleven, og et venskab, hvor begge individer er ligestillede. En lærer-elev-relation kan i denne sammenhæng sammenlignes med en ekspertdomineret relation, og et venskab kan sidestilles med enten en samarbejdsrelation eller samhørighedsrelation. Ud fra dette perspektiv tyder det på, at informanten har udtrykt ønske om, at relationen til lægen havde haft flere elementer fra den ekspertdominerede relation. Citatet indikerer ydermere, at der er en sammenhæng mellem behandlerens *videnskapital* og position, som kan ses i forlængelse af Bourdieu's teoretiske forståelse.

Såfremt behandleren opfattes som bedrevidende, og at denne besidder en højere position i relationen, tillægges de råd og anvisninger, behandleren giver, en større værdi. Dette er nøje forbundet med compliance. Tilsvarende kan en relation, der er stærkt præget af samarbejde mellem aktørerne, ligeledes afføde en høj grad af compliance hos den syge, fordi denne tages med i beslutningerne. Ud fra det empiriske datamateriale forekommer angstramtes compliance i høj grad i en samarbejdsrelation, fordi der sjældent opstår uenighed og konflikter, hvilket igen kan ses i lyset af den betydning den subjektive dimension tillægges i samarbejdet. Samtidig foretager angstramte i færre omfang behandler skift, når samarbejdet er velfungerende. Behandlerskift kan derimod være forårsaget af andre forhold, fx en forringelse af angstramtes økonomiske situation, at behandlerens erfaringer, viden, køn eller alder ikke stemmer overens med den enkelte angstramtes kriterier.

Vendes blikket mod sammenhængen mellem angstramtes opfattelse af relationen til deres psykolog og behandlingsforløbets effekt på deres angsttilstand, viser resultaterne

fra spørgeskemaundersøgelsen, at denne sammenhæng er relativt stærk (jf. Diagram 4.14).³⁰

Diagram 4.14 Sammenhængen mellem forholdet til og behandlingsforløbets effekt hos psykologen.



(Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.)

Ud fra diagram 4.14 er 67 % af de respondenter, der er tilfredse eller meget tilfredse med forholdet mellem dem og psykologen, angiver også at de er tilfredse eller meget tilfredse med behandlingsforløbets virkning på deres angsttilstand. 11 % af respondenter, hvis forhold til psykologen har levet op til deres forventninger, er ikke tilfredse med behandlingsforløbets effekt. Det er dog en relativ lav andel i forhold til de, der er tilfreds eller meget tilfreds med behandlingen. Omvendt vurderer samtlige respondenter, der er utilfredse eller meget utilfredse med forholdet, lige såvel, at behandlingsforløbet ikke har været som forventet.³¹

³⁰ Gamma = 0,800; sig. = 0,004.

³¹ Da resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen bygger på en relativ lille stikprøve, kan der være en anelse usikkerhed knyttet til procenterne. Ikke desto mindre er sammenhængen stærk og signifikant.

4.5.3 Opsummering

Samlet set har de strukturelle forhold, herunder mangel på tid og ressourcer, indvirkning på aktørernes handlemuligheder i sygdomsfeltet samt patient-behandler-relationen. Derudover har viden og magt betydning for aktørernes indbyrdes positionering i sygdomsfeltet. Hvorvidt behandleren opfattes som legitim afhænger bl.a. af dennes **videnskapital**. Magten udfoldes via såvel kommunikationen som aktørernes sociale handlen og er oftest mest udpræget i en ekspertdomineret relation. På den ene side kan angstramte opleve flere barrierer i en ekspertdomineret relation der bl.a. har rod i manglende **human kapital**, herunder behandlerens respekt og forståelse for patienten, omsorg og pleje mv. Dette kan udmønte sig i mistillid/tillidsbrud, uenighed og konflikter i patient-behandler-relationen. Umiddelbart kan man forvente en stigende tendens til non-compliance, men ud fra de empiriske data er angstramtes non-compliance i mindre grad forbundet med denne form for patient-behandler-relation og i højere grad forbundet med fx manglende virkning af en medicinsk behandling. På den anden side rummer den ekspertdominerede relation muligheder, idet behandleren på baggrund af sin ekspertviden og autoritet kan have en positiv påvirkning på patientens sygdomsforståelse og opfordre den angstramte til at skride til handling med henblik på en øget forebyggelse af angstlidelsen. Sammenlignet med den ekspertdominerede relation forudsætter samarbejdsrelationen i højere grad tillid, hvilket muliggøres ved tilstedeværelsen af **human kapital**. En samarbejdsrelation tilvejebringer angstramte flere muligheder for en udvidet kontrol over behandlingsforløbet, idet deres behandlingsbehov, holdninger og opfattelser bliver opprioriteret. Angstramtes sygdomsadfærd i denne type af relation er oftest compliance. Dog kan en samarbejdsrelation medføre, at den angstramte bliver for stærkt knyttet til behandleren, hvilket kan skabe et afhængighedsforhold. En af følgerne ved et sådant forhold kan være, at den angstramte har vanskeligt ved at give slip på behandleren. Udviklingen af et afhængighedsforhold kan imidlertid forhindres, hvis behandleren formår at sætte en klar grænse mellem sin professionalitet og privatsfære.

Angstramte kan håndtere de relationelle barrierer ved hjælp af behandlereskift, non-compliance, afvisning af behandlerens forslag osv. En vigtig ressource, angstramte kan benytte sig af, er deres **social kapital**. Det gælder især i forhold til deltagelse i konsultationer.

4.6 Min adaptive teori

Inden gennemgangen af min adaptive teori finder sted, er det vigtigt endnu en gang at påpege, at min adaptive teori langt fra skal betragtes som et færdigt produkt; den skal nærmere betragtes som en foreløbig teori der er åben for modificeringer, forbedringer og lignende.

4.6.1 Begrebsvalidering

Begrebsvalidering kan overordnet set foregå på to måder. På den ene side kan det ske ved hjælp af eksisterende teorier eller andre metoder. På den anden side kan validering foretages ved hjælp af informanterne, dvs. hvorvidt de er i stand til at genkende sig selv i analysen. Sidstnævnte validering er ikke relevant i forhold til min anvendelse af *Adaptive Theory*. På dette punkt adskiller *Adaptive Theory*-tilgangen sig fra Grounded Theory, idet der også trækkes på eksisterende teori, hvorfor begreber herfra fordrer en given baggrundsviden, som informanterne ikke nødvendigvis er i besiddelse af. Den mest centrale form for validering her er således den førstnævnte. Ud fra den betragtning, at de teorier, der anvendes, allerede er valideret, fokuseres der i dette afsnit på validering af de begreber, jeg har videreudviklet.

Vendes blikket i første omgang mod de enkelte kriterier indbefattet i min anvendelse af de tre former for begrebsindikatorer, er et af de centrale kriterier forbundet, i hvilket omfang de abstrakte teoretiske begrebsindikatorer er i stand til at belyse den empiriske verden. Jeg er kommet frem til, at de anvendte generelle teorier og orienterende begreber har haft varierende abstraktionsniveau, og dette har betydning for, hvilken målestok de skal bedømmes ud fra (Layder 1998: 93ff.). I og med nogle af de orienterende begreber ved flere tilfælde har overlappet en eller flere begrebsindikatorer, indebærer det, at validiteten af de orienterende begreber bestemmes ud fra de samme kriterier som de tre begrebsindikatorer.

Validiteten af de strukturelle begrebsindikatorer bedømmes disse ikke alene ud fra hvorvidt de dækker aspektet af den empiriske verden men ligeledes i hvilken grad de er knyttet til en bredere teori eller teoretiske slutninger (Layder 1998: 91ff.). Hovedparten af mine strukturelle begrebsindikatorer er i høj grad forbundet med empiriske resulta-

ter. Disse er endnu ikke knyttet an til eksisterende teori. Det gælder eksempelvis 'resourcemangel på behandlere' og 'rammeaftaler mellem Sygesikringen og professionelle behandlere'. Jeg er dog klar, at der formentlig findes eksisterende teori, som de strukturelle begreber med fordel kan sættes i forbindelse med. Der er således mulighed for at validere begrebsindikatorerne yderligere. Ifølge Layder, foregår validering af de adfærdsmæssige begrebsindikatorer ud fra følgende kriterier: hvor lang tid jeg har foretaget undersøgelse af den udvalgte gruppe; hvilken form for kontakt jeg har haft med dem; og hvor stort et overblik jeg har over mit undersøgelsesobjekt. Med andre ord drejer det sig om, hvor stort min indsigt i og kendskab til mit undersøgelsesobjekt er (Layder 1998: 92ff.). Min kontakt til informantgruppen har indtil videre været relativt begrænset, derimod har jeg et rimeligt overblik over mit undersøgelsesobjekt. Sidst men ikke mindst bedømmes mine mellemliggende begrebsindikatorer ud fra en kombination af de ovenfor nævnte kriterier. Eftersom de to typer af patient-behandler-relationen udspringer fra teoretiske slutninger grundet i empirisk data, mener jeg, at de opfylder nogle af kriterierne, hvorfor begrebernes validitet er delvist sikret. Mine neologismer, videnskapskapital og økonomisk kapital, udspringer såvel af teoretiske slutninger (Bourdieu's teoretiske forståelse) samt opdukkende data, hvorfor jeg finder balancen mellem en teoretisk og empiriske fundering som værende fyldestgørende. Begreberne er 'nye', hvorfor validiteten af disse sandsynligvis kan sikres yderligere ved at inddrage flere datakilder.

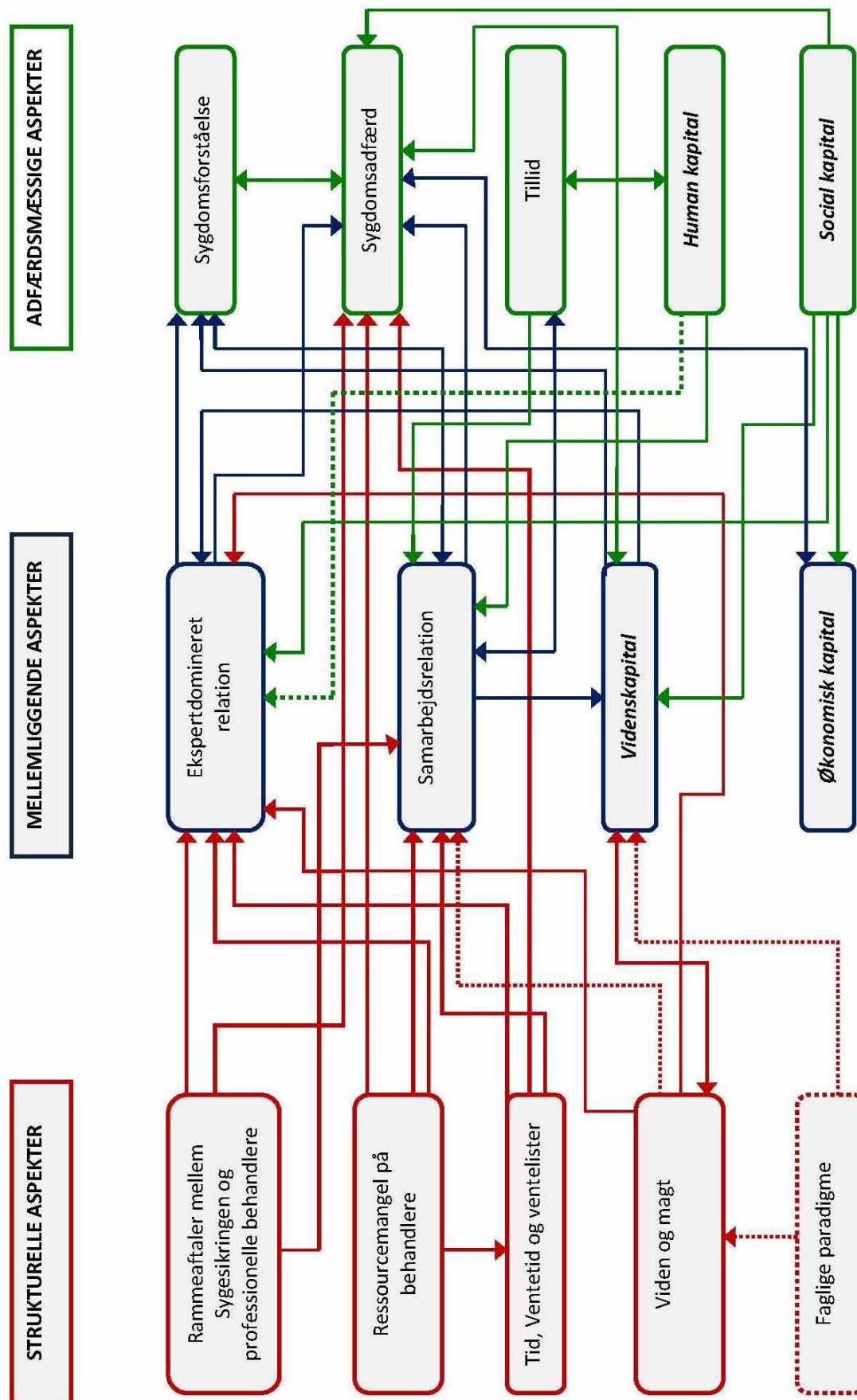
4.6.2 Teorimønstre

På baggrund af den foregående analyse samt den tertiære elaborering er relationen mellem de forskellige begreber blevet identificeret. Som udgangspunkt har jeg, inden påbegyndelsen af analysen, haft en formodning om, hvilke begrebsindikatorer mine orienterende samt sensitiverende begreber indeholdt i min forforståelse dækker over. Derimod har nogle af mine neologismer været vanskeligere at placere i forhold til begrebsindikatorerne. Det gælder fx human kapital og social kapital. Ved nærmere overvejelse har jeg vurderet, at de primært relaterer sig til de adfærdsmæssige aspekter af den sociale virkelighed, fordi disse i lavere grad er historisk betinget og i højere grad hænger sammen med subjektive strukturer. Omvendt har lokaliseringen af begrebet videnskapskapital været problemfrit, idet jeg har fundet det mest nærliggende at anbringe det i forhold til de mel-

lemliggende begrebsindikatorer. Dette, fordi angstramtes viden om angst beror på samfundets videnslager, samtidig med at den er forbundet med deres sygdomsforståelse.

Teorimønstret er illustreret på næstfølgende side. Dette analytiske mønster skal naturligvis betragtes som mere kompleks i den sociale virkelighed, hvorfor det ikke er andet end en indikator på de relationer, jeg er kommet frem til (jf. Figur 4.12).

Figur 4.15: Teorimønster.



5 KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

5.1 Opsummerende konklusion

Specialets overordnede formål har været at beskrive, for det første, hvilke barrierer og muligheder angstramte subjektivt oplever i professionel behandling, og for det andet, hvorledes angstramte håndterer disse oplevede barrierer og muligheder. Som forventet har de udvalgte strukturelle aspekter af den sociale verden, herunder organisering af behandling, behandlingssystemets ressourcer, viden og magt indvirkning på relationen mellem den enkelte angstramte og behandler. Resultaterne fra det empirisk indsamlede data peger ydermere på, at nogle af de nævnte objektive strukturer har en direkte indflydelse på angstramtes subjektive strukturer. Angstramte oplever ligeledes barrierer og muligheder i relationen mellem disse og professionelle behandlere, hvilket stemmer overens med min antagelse. Hvorledes angstramte håndterer forhindringerne og gør brug af mulighederne afhænger i høj grad af de handlemuligheder som de subjektivt oplever, de har.

De første barrierer angstramte kan møde på vejen til effektiv behandling er sen opsporing af angst og fejlbehandling. Fejlbehandling forekommer tilsyneladende ikke så hyppigt, jeg først har formodet. Sen opsporing af angst og fejlbehandling har bl.a. rod i manglende **videnskapital** snarere end generel ekspertviden hos deres læge. I kraft af lægernes historisk betingede position i patient-behandler-relationen kan angstramte formode, at deres egen læge besidder den nødvendige ekspertviden, hvorfor de oftest til at begynde med har tillid til disse. For så vidt angstramtes egen læge formoder, at angstsymptomerne er fysisk betinget, skal angstramte gennemgå forskellige fysiologiske undersøgelser, hvorfor det kan sænke processen i opsporingen af angst samt angstdiagnosticeringen. Det kan betragtes som problematisk, at organiseringen af behandlingen er indrettet på en sådan måde, at lægerne alene er adgangsgivende til specialiseret behandling, fordi netop disse ikke har de samme videnskæssige forudsætninger for at diagnosticere angst, som psykologer og psykiatere har. Ergo har behandleres videnskapital større betydning end deres generelle ekspertviden, i hvert fald i denne henseende. Da

organiseringen af behandlingssystemet er produceret og reproduceret historisk, optræder den som en objektiv struktur, der ikke kan ændres af den enkelte angstramte. En tidligere opsporing af angst eller angstdiagnosticering kan, potentielt set, finde sted hos andre specialiserede behandlere end praktiserende læger.

Videnskapital er medvirkende til at skabe den sociale dynamik i sygdomsfeltet, idet den har betydning for, hvordan aktørerne positionerer sig indbyrdes. Mere specifikt, er aktørernes **videnskapital** tæt sammenvævet med disse underliggende objektive strukturer, nemlig viden og magt. Da psykiatere og psykologer er uddannet inden for og beskæftiger sig med psykiske lidelser, besidder de oftest større viden om angst m.m. end læger, hvilket videre afspejles i angstramtes opfattelse heraf. Det vil sige, at det oftest er tilfældet, at angstramte ved mere om angst, angstbehandling etc. end deres egen læge, hvorimod dette forekommer sjældnere i forhold til psykologer og psykiatere. Manglende viden om angst m.m. hos behandleren fører bl.a. til nedsat anerkendelse og legitimering af behandlerens magtposition blandt angstramte. I modsat fald, besidder behandleren større viden om angstlidelsen, medfører det, at anerkendelse og legitimering af behandlerens position. På den ene side tilvejebringer dette flere muligheder for angstramte at opnå dybere indsigt i deres lidelse via kommunikationen mellem disse og behandlerne, og derved skride til handling. På den anden side kan der være en tendens til, at behandleren dominerer sygdomsfeltet og den enkelte angstramte underordner sig dennes magt. En af de vigtigste forudsætninger for, at et behandlingsforløb kan indledes, er, at de bliver klar over, at de lider af angst. Med andre ord er angstramtes **videnskapital** også tæt forbundet med deres sygdomsforståelse samt sygdomsadfærd. Jo mere viden om angst og angstbehandling angstramte tilegner sig, des bedre sygdomsforståelse samt målrettet sygdomsadfærd får de. Efterhånden som angstpatienters **videnskapital** forøges, sikrer de sig større kontrol over deres lidelse. Angstramte er særlige aktive med hensyn til at indhente viden om angst m.m., og dette foregår i forskellige kontekster. For det første kan det foregå i sygdomsfeltet ved hjælp af behandlerens videreformidling af deres viden. Det kan, afhængig af hvilken type patient-behandler-relation den angstramte befinder sig i, være forbundet med behandlerens kontrol af *informationsflow*. Angstramte oplever ofte, at de bliver informeret tilstrækkeligt om angst, angstbehandling og medi-

cinsk behandling hos de professionelle. For det andet finder det sted uden for sygdomsfeltet, i hverdagslivets kontekst, hvor de på eget initiativ indhenter viden fra samfundets omfattende vidensbeholdning på området i form eksisterende litteratur og andre medier. Hvis ikke behandleren oplyser omkring disse muligheder for at fremme deres viden på området, spiller angstramtes **social kapital** en fremtrædende rolle i at anspore dem i at søge eksisterende litteratur om angst og lignende, som de ikke tidligere har kendt til.

Angstramte modtager effektiv professionel behandling hos enten en praktiserende psykolog eller psykiater, men den generelle mangel på disse specialiserede behandlere har skabt lange ventetider og ventelister, hvilket oftest opleves som en barriere blandt nogle angstramte, navnlig hvis de har et akut behandlingsbehov. I nogle tilfælde fører det til, at angstramte i stedet søger alternativ behandling. I andre tilfælde forsøger læger at kompensere for dette med en 'brandslukning' ved fx at påbegynde en medicinsk behandling typisk bestående af anti-depressive og tilbyde ugentlige samtaler (for så vidt denne har mulighed for dette). For angstramte, hvis lidelse er svær til invaliderende, er det ikke altid tilstrækkeligt effektivt. Angstramte kan blive henvist til en psykiater af egen læge, hvilket der ydes økonomisk tilskud til. Dog skal de være indstillet på en lang ventetid. I modsætning hertil ydes der kun offentligt økonomisk tilskud under nogle ganske bestemte omstændigheder. Lægen kan kun henvise angstramte, hvis angstlidelsen er forårsaget af fx dødsfald i familien og anden traumatisk oplevelse. Socialforvaltningen i angstramtes bopælskommune har andre rammer end Sygesikringen, som angstramte skal opfylde, før økonomisk tilskud til psykolog-hjælp gives. I og med angstpatienter har øget risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet, er de oftere sværere stillet, økonomisk set, end majoriteten af den danske befolkning. Angstramte, der enten ikke opfylder de objektivt stillede kriterier for økonomisk tilskud eller ikke selv er i stand til at dække de økonomiske omkostninger, er stærkt forhindret i at modtage effektiv psykologbehandling. Hvis ikke angstramte har tilstrækkelig **økonomisk kapital**, kan de overkomme denne barriere ved hjælp af økonomisk støtte fra deres **sociale kapital**, forudsat at dette er en reel mulighed. Det er ikke alle angstramte, hvis sociale netværk har det nødvendige økonomiske overskud til at hjælpe.

Vendes blikket atter mod patient-behandler-relationen er der såvel barrierer som muligheder i den ekspertdominerede relation og samarbejdsrelationen. I og med angst oftest er forbundet med tabu, udgør tillid et væsentligt aspekt i relationen mellem den enkelte angstpatient og dennes behandler. Tillid skaber større åbenhed, som er nødvendigt for et succesfuldt behandlingsforløb. Opbygningen af angstramtes tillid til behandleren er afhængig af, hvor megen vægt **human kapital** har i patient-behandler-relationen.

I den ekspertdominerede relation lægges der større vægt på ekspertviden inden for det medicinske område og mindre vægt på angstramtes sygdomsforståelse. Der er oftest manglende fokus på **human kapital** i denne type relation, hvorfor angstramte oftest oplever manglende interesse og respekt for dem; at de ikke bliver taget alvorligt; at behandleren ikke er nærværende og opmærksom på grund af travlhed etc. Dette kan forringe kvaliteten af relationen og dermed effekten af behandlingsforløbet på angstilstanden ud fra angstramtes vurdering. Jeg kan endvidere konkludere, at den ekspertdomineret relation ikke udelukkende har ulemper, men den har vel at mærke også fordele. Givet, at behandlerens besidder tilstrækkelig autoritet, legitimitet og viden om angst m.m., kan denne potentielt præge angstramtes sygdomsforståelse og sygdomsadfærd positivt. Dette kan være en fordel, såfremt den enkelte angstpatient endnu ikke har indset alvoren i lidelsen, fordi det kan føre til, at denne skrider til handling og tager kontakt til en professionel. I modsætning til den ekspertdominerede relation tages der udgangspunkt i aktørernes subjektive opfattelser mv. i samarbejdsrelationen. Formålet med kommunikationen i denne form for patient-behandler-relation er at forbedre patientens håndtering af lidelsen gennem øget refleksivitet ved hjælp af samarbejdet mellem aktørerne. Udgangspunktet i kommunikationen i samarbejdsrelationen er dét, patienten opfatter som betydningsfuldt, hvilket giver plads til **human kapital** og opbygning af tillid, som igen er en forudsætning for et velfungerende samarbejde. Udviklingen af tillid har således bedre forudsætninger i samarbejdsrelationen, hvorfor dette også afspejles i angstramtes opfattelse heraf. Imidlertid er en af faldgruberne i samarbejdsrelation, at relationen kan udvikles til et afhængighedsforhold, hvilket ikke er gavnligt for den enkelte angstramte. Dette kan dog forhindres ved behandlerens øgede opmærksomhed på dette, således at behandleren sætter klare grænser mellem professionalitet og privat-sfære.

Afspejler patient-behandler-relationen primært en ekspertdomineret relation, samtidig med at behandleren udelukkende tager udgangspunkt i medicinsk viden og behandling, kan dette udgøre en tungtvejende barriere, fordi angstramte ofte er modstander af eller er angst for medicinsk behandling, særligt hvis behandleren gentagne gange opfordrer angstpatienten til at få medicin. Det er således særligt betydningsfuldt, at en medicinsk behandling udelukkende indledes med angstpatientens samtykke. På den ene side er det nødvendigt, at behandleren formår at tilvejebringe de mest nødvendige oplysninger om virkning og bivirkninger af medicinen uden at gå for meget i detaljer for at undgå at skræmme patienten fra en medicinsk behandling. På den anden side kan en sådan kommunikation bære præg af manipulation. Et samarbejde mellem angstpatienten og behandleren øger angstpatientens oplevelse af kontrol over behandlingsforløbet og relevanskriterierne i kommunikationen, hvilket er gavnligt. Det vil sige, at sygdomsadfærden er typisk karakteriseret ved compliance, og uenighed og konflikter mellem aktørerne forekommer sjældent, på grund af gensidig respekt og forståelse, hvorfor angstramte ikke søger at udskifte behandleren. Omvendt oplever angstramte oftest manglende kontrol i den ekspertdominerede relation, idet den professionelle sætter rammerne for behandlingsforløbet og relevanskriterierne. Eftersom human kapital oftest tillægges lavere værdi i den ekspertdominerede relation, kan det udmønte sig i uenigheder, latente eller åbne konflikter. Angstramte håndterer disse barrierer ved fx non-compliance (som er et udtryk for deres magt, dog forekommer disse ikke-handlinger i mindre omfang, end jeg først havde antaget), labelling (en underkendelse af behandleren) og behandlerskift eller lignende. En betydningsfuld ressource, angstramte dog benytter sig af under håndteringen af barriererne i den ekspertdominerede relation, er **social kapital** som en yderligere støtte i konsultationerne/samtalerne. Endelig kan det fastslås, at angstramtes opfattelse af relationen til deres behandlere er nært forbundet med deres grad af tilfredshed over behandlingens effekt på deres angsttilstand. Det vil sige, når angstramte er tilfreds med forholdet til behandleren, er de også tilbøjelige til at være tilfreds med behandlingens effekt, og vice versa.

5.2 Adaptive Theory – refleksioner over anvendelsen af tilgangen

Som tidligere beskrevet i afsnit 2.1 har *Adaptive Theory* en intention om at ophæve kløften mellem struktur og aktør, objektiv og subjektiv, rationalisme og empirisme samt deduktion og induktion. Men henblik på at undgå en metodologisk tankegang, der afspejles i en ukritisk, rigid og dogmatisk anvendelse af blot én af de forskellige veje til viden. For mit vedkommende repræsenterede *Adaptive Theory* en ny eller ukendt metodisk tilgang. Samtidig så jeg den som en udfordring, netop fordi den forsøger at transcendere kløften mellem de forskellige tilgange. I følgende afsnit vil jeg redegøre for de fordele/potentialer og faldgruber/udfordringer, jeg blev konfronteret med, i min anvendelse af tilgangen.

Eftersom *Adaptive Theory* fordrer forsøg på at transcendere kløften mellem fx objektive og subjektive strukturer, ved at disse bringes i spil i en dynamisk og indbyrdes vekselvirkning, har dette muliggjort at kontekstualisere subjektive opfattelser, holdninger og lignende i større objektive og strukturelle sammenhænge. Dels har dette haft positiv indflydelse på, fordi generaliserbarheden og rækkevidden af mit speciale er blevet udvidet. Dels har dette været en udfordring. Disse strukturer er i høj grad uløseligt forbundne, og sammenhængende disse imellem er yderst komplekse, hvorfor jeg har fundet det vanskeligt at adskille disse aspekter af den sociale virkelighed i analysen.

Tilgangens fleksibilitet i form af den kontinuerlige vekselvirkning mellem induktion og deduktion har både været en fordel og en udfordring. På den ene side har nogle af fordelene været forbundet med mit udgangspunkt i den forudgående teoretiske ramme og muligheden for efterfølgende at inddrage andre teorier og begreber, efterhånden som analysen af de empiriske data tog form. Ved hjælp af denne fremgangsmåde har det været muligt for mig at skabe flere og flere meningsfulde sammenhænge i de empiriske resultater. På den anden side kan denne måde at arbejde med empirisk data og teori på være udfordrende, fordi man kan risikere, at inddragelsen af andre teorier og teoretiske begreber fortsætter ud i det uendelige, såfremt det empiriske datamateriale er rig på information. Dette har været tilfældet for mit vedkommende, fordi jeg har fundet mange interessante aspekter der med fordel kunne belyses ved at medtage andre teorier, og på

denne måde højne forklaringsværdien af min adaptive teori. Et af Layder's kritikpunkter ved Grounded Theory i sin rene form er jo, at man kan risikere at indsamlingen af empirisk data samt forøgelse af adfærdsmæssige begreber aldrig vil nå til en naturlig ende, medmindre strukturelle eller systemiske aspekter tildeles en vis grad af opmærksomhed (Layder 1998: 154). Dette har dog ikke været tilfældet her, men snarere det omvendte. Med andre ord har det faktisk været særdeles svært at afbryde tilførslen af relevant og eksisterende teori. I denne henseende udgjorde tiden en vigtig faktor med hensyn til at begrænse indhentning af andre teoretiske forklaringer. Dette fører mig videre til næste punkt, nemlig tiden som ligeledes kan udgøre en vigtig forudsætning.

Undervejs i udviklingen af min adaptive teori har det været en fordel, at jeg har haft tilstrækkelig tid til rådighed i forhold til specialeskrivningen, fordi det, efter min mening, har været givtigt og ikke mindst nødvendigt at få en vis afstand, for det første, fra min teoretiske forforståelse under dataindsamlingsprocessen og i starten af analysefasen; og for det andet, fra de empiriske fund inden påbegyndelsen af den tertiære elaborering. For mit vedkommende har perioden, fra gennemgangen af de eksisterende teorier i henhold til dannelsen af min forforståelse til selve indsamlingen af de empiriske data, haft en stor indflydelse på min indstilling over for andre og relevante perspektiver, der er dukket op undervejs. For at opnå størst muligt udbytte af såvel teori som empirisk data, mener jeg, at det er hensigtsmæssigt at skabe en given afstand fra disse datakilder, efterhånden som de forskellige elaboreringsprocesser indtræder. Det har været en væsentlig forudsætning, at der har været tilstrækkeligt med tid til rådighed, fordi det har bevirket, at jeg har været i stand til gentagne gange at vende tilbage til kodningsarbejdet samt at modificere min dukkende adaptive teori, og derigennem udvide dens forklaringskraft samt at øge teoriens validitet.

6 Summary

The focus of this dissertation is the subjective experience of health services made by patients with anxiety illness. It is estimated that 300,000 Danes suffer from anxiety at some point of their lives. 100,000 of these may develop serious and chronic anxiety illness if they do not get sufficient treatment for their illness in time. Serious anxiety may have severe consequences; not only in connection with the individual's working life due to long-term absence but also his/her quality of everyday life may be affected. The population of the research consists of patients 1) with anxiety illness from 18 years and upwards; 2) who suffer or have had severe or disabling anxiety; and 3) who are or have been in treatment by a professional (their general practitioner, psychiatrist or psychologist). The main argument is that it would be fruitful to provide knowledge about the most important conditions which influence the treatment, and thus, could improve their quality of life. The purpose of this dissertation is to examine and analyze the significant barriers and opportunities experienced by these patients during their illness treatment and how they cope with these conditions.

I intend to answer the following question:

Which barriers and opportunities do anxiety patients experience during professional treatment, and how do they cope with these conditions?

In the light of my focus on the subjective dimension, that is, the patient's own experiences, it would be appropriate to uncover the problem by a qualitative research method. Therefore I have chosen to examine this by conducting individual in-depth interviews with semi-structured interview guide. In order to strengthen and increase the quality of the analysis, the qualitative data will be combined and complemented with quantitative data gathered by an internet-based survey.

I assume that the conditions are rooted in structural aspects (concerning the resources in health care system and the organization of treatment), relational aspects (patient-practitioner-relation) and subjective aspects (the agents' subjective understanding of

the illness). Due to this assumption I find that the Adaptive Theory approach developed by Derek Layder (1998) is particularly qualified to shed a light on this social problem and is capable of grasping the variety of the social reality. By adapting extant theory or prior concepts to the emergent empirical data, and at the same time adapt the empirical findings to extant theory through the entire research process, bringing these processes into a dialectical interplay, I will attempt to develop an adaptive theory or new theoretical concepts.

I draw upon a wide range of theoretical concepts primarily found in the area of sociology of health and illness. These following theories and theoretical concepts have an adequate explanation to the phenomenon: Patient-practitioner-relationship by Vibeke Zoffman Knudsen (1997) and Michael Balint (1964); explanatory models of the illness used by Margareta Maunsbach (1997); and illness behavior, including compliance and non-compliance, as used by several authors. Throughout the analysis process I have incorporated Pierre Bourdieu's understanding of capital whereby I have either used the concepts in a different way or developed new concepts.

Litteratur

- Alonzo, Angelo A. (1984): "An Illness Behavior Paradigm: A Conceptual Exploration of a Situational-adaptation Perspective" in *Social Science & Medicine*. Vol. 19, No. 5, pp. 499-510. Great Britain: Pergamon Press Ltd.
- Andersen, Svend (1997): "Kommunikation og etik – samtale og det informerede samtykke" i *Kommunikation og forståelse – Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* redigeret af Peter Elsass, Finn Olesen & Søren Henriksen. Århus: Forlaget Philosophia og forfatterne.
- Andersen, Heine (2000): "Funktionalisme" i *Klassisk og moderne samfundsteori* redigeret af Heine Andersen & Lars Bo Kaspersen. 2. revideret udgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Balint, Michael (1964): *The Doctor, his Patient and the Illness*. Second edition. Great Britain: Pitman Medical.
- Bourdieu, Pierre (1977): *Outline of a Theory of Practice*. Engelsk udgave. Orig. Titel *Esquisse d'une théorie de la pratique, precede de trois etude d'ethnologie kabyle*. 1997. UK: Cambridge University Press.
- Christensen, Majbritt, Jens Albæk & Anni Ankjær-Jensen (2007): *Undersøgelse af angstsygdomme – Et bidrag til eksisterende viden om organisering af de behandlings-tilbud der gives til personer der lider af angstsygdomme*. Dansk Sundhedsinstitut. DSI. (Vedlagt som Bilag 1 på CD).
- De Vaus, David (2002): *Surveys in Social Research*. 5th Edition. London: Routledge.
- Elsass, Peter (1997): "Kompliance – Et forførende begreb om samarbejdet mellem patient og behandler" i *Kommunikation og forståelse – Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* redigeret af Peter Elsass, Finn Olesen & Søren Henriksen. Århus: Forlaget Philosophia og forfatterne.
- Freund, Peter ES; McGuire, Meredith B. & Podhurst, Linda S. (2003): *Health, Illness, and the Social Body – A Critical Sociology*. 4th edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Gannik, Dorte Effersøe (1999): *Social sygdomsteori – et situationelt perspektiv*. 2. forkortede og reviderede udgave 2005. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteraturen.
- Gilje, Nils & Grimen, Harald (2002): *Samfundsvidenskabernes forudsætninger – Indføring i samfundsvidenskabernes videnskabsfilosofi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Habermas, Jürgen (1996): *Teorien om den kommunikative handle* oversat af John Cederstrøm. 3. oplag 2004. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag og Institut for pædagogik og uddannelsesforskning, Danmarks Lærerhøjskole. Oversat efter Jürgen Habermas: „Theorie des kommunikativen Handles, Bind 1-2“. Suhrkamp Verlag, Ffm. 1981.
- Helman, Cecil G. (1985): "Communication in Primary Care: the Role of Patient and Practitioner Explanatory Models" in *Social Science & Medicine*. Vol. 20, no. 9, pp. 923-931. Great Britain: Pergamon Press, Ltd.
- Hougaard, Esben; Raben Rosenberg & Thomas Nielsen (2002): *Angst og angstbehandling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Iversen, Lars (2002): "Forebyggelse og sundhedsfremme" i *Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom* redigeret af Iversen, Lars; Kristensen, Tage Sønder-

- gaard; Holstein, Bjørn Evald og Due, Pernille. 1. udgave, 3. oplag, 2004. København: Munksgaard Danmark.
- Jensen, Uffe Juul (1983): *Sygdomsbegreber i praksis – Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. 2. udgave, 1. oplag 1986. København: Munksgaard.
 - Knudsen, Vibeke Zoffman (1997): "Det relationelle forhold mellem patient og professionel – Interpersonelle relationer som udviklingsfelt i klinisk sundhedsarbejde" i *Kommunikation og forståelse – Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* redigeret af Peter Elsass, Finn Olesen & Søren Henriksen. Århus: Forlaget Philosophia og forfatterne.
 - Kristensen, Tage Søndergaard (2002): "Sygdom og årsager til sygdom" i *Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom* redigeret af Iversen, Lars; Kristensen, Tage Søndergaard; Holstein, Bjørn Evald og Due, Pernille. 1. udgave, 3. oplag, 2004. København: Munksgaard Danmark.
 - Kvale, Steiner (1997): *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 9. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.
 - Layder, Derek (1998): *Sociological Practice – Linking Theory and Social Research*. Great Britain: SAGE Publications Ltd.
 - Maunsbach, Margareta (1997): "Patienters sygdomsforståelser – Om forskellen mellem abstrakt viden og konkret oplevelse af sygdom" i *Kommunikation og forståelse – Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* redigeret af Peter Elsass, Finn Olesen & Søren Henriksen. Århus: Forlaget Philosophia og forfatterne.
 - Mechanic, David (1968): *Medical Sociology*. USA: Collier-Macmillan Canada, Ltd.
 - Mechanic, David (1992): "Health and Illness Behavior and Patient-Practitioner Relationships" in *Social Science & Medicine*. Vol. 34, no. 12, pp. 1345-1350. Great Britain: Pergamon Press Ltd.
 - Mechanic, David & Meyer, Sharon (2000): "Concepts of Trust among Patients with Serious Illness" in *Social Science & Medicine*. Vol. 51, pp. 657-668. Great Britain: Pergamon Press Ltd.
 - Nielsen, Thomas; Hougaard, Esben & Rosenberg, Raben (2002): "Angstens psykologi og biologi" i *Angst og angstbehandling* redigeret af Iversen, Lars; Kristensen, Tage Søndergaard; Holstein, Bjørn Evald og Due, Pernille. 1. udgave, 3. oplag, 2004. København: Munksgaard Danmark.
 - Riis, Ole (2001): *Metoder på tværs – om forudsætningen for metodekombination*. 1. udgave. 1. oplag. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
 - Rosenberg, Raben; Hougaard, Esben & Nielsen, Thomas (2002): "Angsttilstande" i *Angst og angstbehandling* redigeret af Hougaard, Esben; Rosenberg, Raben & Nielsen, Thomas. København: Hans Reitzels Forlag.
 - Strauss, Anselm (1990): "Preface" in *Social Science & Medicine*. Vol. 30, no. 11, pp. V-VI. Great Britain: Pergamon Press Ltd.
 - Sunesson, Sune (2002): "Sociale problemer og samfundsbekymringer i historien" i *Perspektiver på sociale problemer* redigeret af Anna Meeuwisse og Hans Swärd. Dansk udgave 2004. København: Hans Reitzels Forlag.
 - Taussig, Michael T. (1980): "Reification and the Consciousness of the Patient" in *Social Science & Medicine*, vol. 14B, pp. 3-13. Great Britain: Pergamon Press Ltd.

- Tähkä, Veikko (1984): *The Patient Doctor Relationship*. Engelsk udgave af orig. titel *Potilas-lääkärisuhde*. Finish Medical Association. Australia: ADIS Health Science Press.
- Wackerhausen, Steen (1997): "Kommunikation, forståelse og handling – et filosofisk perspektiv" i *Kommunikation og forståelse – Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* redigeret af Peter Elsass, Finn Olesen & Søren Henriksen. Århus: Forlaget Philosophia og forfatterne.

Internetlinks og hjemmesider

www.angstforeningen.dk

www.dst.dk

http://en.wikipedia.org/wiki/Balint_Society

http://en.wikipedia.org/wiki/Michael_Balint

<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>